

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRD- OCH OMSORGSADMINISTRATION  
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD  
*M2018:59*

**Evidensbaserat ledarskap**  
Enskildas och delande chefers väg till hållbarhet?

Atif Sepic  
Christian Bartholomäus



HÖGSKOLAN  
I BORÅS

Examensarbetets titel:	Evidensbaserat ledarskap. Enskildas och delande chefers väg till hållbarhet?
Författare:	Atif Sepic & Christian Bartholomäus
Huvudområde:	Vård- och omsorgsadministration
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Magisterprogram i hållbar organisering och hälsofrämjande ledarskap inom vård och omsorg
Handledare:	Cecilia Ljungblad
Examinator:	Göran Jutengren

## Sammanfattning

Dagens hälso- och sjukvård är präglad av föränderlighet. Kunskap om undersökningar och behandlingsmetoder hinner snabbt åldras och det utvecklas ständigt nya metoder och teorier för att effektivisera, förbättra, förkorta och underlätta för framför allt patienter men också för omvårdnadspersonal. Evidensbaserad vård har under de senaste decennierna fått en allt större betydelse och spelar en stor roll i det dagliga arbetet med patienter. Evidensbaserad vård är också en utav sjuksköterskors kärnkompetenser och stimulerar till utveckling och behandling i enlighet med den senaste forskningen. Men till skillnad från tex sjuksköterskor som baserar sin kompetens på evidens, visar aktuell forskning att evidensbaserat ledarskap ännu inte är integrerat i ledarskapets dagliga arbete och implementeringen är hittills bristfällig.

Studiens syfte är att jämföra om chefer som är verksamma inom delat ledarskap har bättre förutsättningar att arbeta evidensbaserat än de chefer som är verksamma inom enskilt ledarskap. Dessutom vill författarna undersöka om första linjens chefer känner till och är förtrogna med begreppet evidensbaserat ledarskap och i vilken utsträckning denna modell används för att skapa hållbara processer och beslut.

För att besvara studiens frågeställningar användes en webbaserad enkät. Det förelåg ingen signifikant skillnad mellan de cheferna som är verksamma inom delat resp. enskilt ledarskap med avseende på kunskaper samt användningen av evidensbaserat och hållbart ledarskap. Det som var avgörande utifrån studieresultaten var antalet medarbetare som chefer var direkt ansvariga för.

Nyckelord: *värdebaserat ledarskap, evidensbaserat ledarskap, hållbart ledarskap, hållbarhet, samledarskap, enskilt och delat ledarskap, delat beslutsfattande.*

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b>	<b>2</b>
ENSKILT OCH DELAT LEDARSKAP INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN	2
EVIDENSBASERAT LEDARSKAP	3
<i>Allmänna principer</i>	3
<i>Praktiska barriärer och fallgropar</i>	4
<i>Att basera beslut på värderingar</i>	6
<i>Att tillämpa evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet</i>	9
<b>PROBLEMFÖRMULERING</b>	<b>13</b>
<b>SYFTE</b>	<b>14</b>
<b>METOD</b>	<b>14</b>
KVANTITATIV METOD	14
URVAL	14
ETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
DATAINSAMLING	15
<i>Undersökningsgruppen</i>	15
<i>Enkätens utformning</i>	16
<i>Enkätfrågor</i>	17
<i>Pilotenkät</i>	18
DATAANALYS	19
ALLMÄN INVENTERING - ENKÄTFRÅGOR 1-5	20
EVIDENSBASERAT LEDARSKAP - ENKÄTFRÅGOR 6-8	22
HÅLLBART LEDARSKAP - ENKÄTFRÅGOR 9-11	23
LEDARSKAPSMODELLENS PRAKTISKA TILLÄMPNING - ENKÄTFRÅGOR 12-14	24
BESLUTSTAGANDETS GRUNDER - ENKÄTFRÅGA 15	25
METODDISKUSSION	28
<i>Enkäten</i>	28
RESULTATDISKUSSION	29
<i>Evidensbaserat ledarskap</i>	29
<i>Hållbart ledarskap</i>	32
<i>Beslutsgrunder</i>	34
<i>Vidare forskning</i>	34
<b>SLUTSATSER</b>	<b>35</b>
<b>REFERENSER</b>	<b>36</b>
<b>BILAGA 1</b>	<b>39</b>

## INLEDNING

Kan man med hjälp av evidensbaserat ledarskap uppnå en hållbar organisation inom dagens komplexa och av personalbrist präglade hälso- och sjukvård? Det är en av frågorna som ligger till grund för detta arbete.

Dagens vård är präglad av evidensbaserade metoder och behandlingar som har studerats och undersökts med hjälp av bl.a. otaliga empiriska studier. Denna bas har bidragit till att samtliga medarbetare inom hälso- och sjukvården pratar ett gemensamt språk.

Ledarskapet däremot förmodas sakna en förankring i den aktuella evidensen fastän dagens chefer bär på det stora ansvaret att axla organisationernas utveckling, skapa hälsosamma arbetsmiljöer och bidra till hållbara processer som gynnar både patienter och medarbetare.

Denna studie har undersökt ifall det föreligger en skillnad bland första linjechefer som är verksamma inom enskilt respektive delat ledarskap med avseende på kunskaper om evidensbaserat och hållbart ledarskap samt belyst deras inställningar och förutsättningar för att skapa hållbara arbetsmiljöer och fatta evidensbaserade beslut i vardagen. Författarna har kommit fram till att det finns påverkansfaktorer för införandet och användningen av evidensbaserat ledarskap samt identifierat att en delad ledarskapsstil kan främja goda förutsättningar för framför allt nya chefer att tänka långsiktigt inom sitt uppdrag och använda den senaste evidensen som ett hjälpmedel vid beslutsfattandet.

# BAKGRUND

## Enskilt och delat ledarskap inom hälso- och sjukvården

Med delat ledarskap menas ett delande av arbetsuppgifter, ansvar och även befogenheter bland formellt utsedda chefer som i sin tur har ett medarbetar- (= personal) och verksamhetsledande uppdrag och handlar dessutom enligt Döös et al. (2013, s.12) om ett mycket nära samarbete chefer emellan. Begreppet *delat ledarskap* är ett samlingsbegrepp för en rad olika ledarskapsformer som baseras på samarbete mellan två eller fler chefer och den vetenskapliga forskningen har fått upp ögonen för denna ledarskapsstil. Arbetslivsinstitutet (2006, s.3) menar att det delade ledarskapet är en mycket formbar och anpassningsbar ledarskapsstil som kan medföra en rad positiva som negativa aspekter för chefernas arbetsmiljö. Men oavsett vilka konsekvenser delat ledarskap kan ha för de delande cheferna, anses anledningen till att dela på chefsuppdraget är att chefer söker vägar och verktyg som hjälper till att forma vardagen som chef, att ge stöd och utveckla varandra.

Vidare menar Arbetslivsinstitutet (2006, s.9) att ett välfungerande samarbete mellan de delande cheferna bidrar till bättre hälsa, chefer orkar fortsätta vara chefer och att ett delat ledarskap skapar möjlighet att komplettera varandra genom att lära sig av varandras styrkor och svagheter. Att dela på ansvaret anses vara den stora nyckeln till framgång och kan enligt Arbetslivsinstitutet (2006, s.9) leda till bättre resultat för verksamheten och ökad arbetstillfredsställelse bland medarbetarna vilket i förlängningen avspeglas i omhändertagandet av patienterna. Ett ökat samarbete och utbyte cheferna emellan rapporteras som en ytterligare framgångsfaktor där Arbetslivsinstitutet (2006, s.8) konstaterat att diskussioner av olika problem eller sak- och medarbetarärenden med en sidoordnad chefskollega kan leda till en fördjupad reflektion samt ett gemensamt synsätt på hur verksamheten ska bedrivas.

Döös et al. (2013, s.9) pratar om ett utvecklande ledarskap i samband med delat ledarskap vilket är helt i linje med vad Arbetslivsinstitutet (2006) anser om att sidoordnade chefer får möjlighet att utveckla varandras styrkor och komplettera varandra. Delat ledarskap betyder att flera chefer delar på uppdraget vilket innebär att flera chefers personliga erfarenheter kan komma till nytta när det enligt Döös et al. (2013, s.9) kommer till utvecklingen av den egna verksamheten då det skapar möjlighet att lyfta blicken.

Döös et al. (2013, s.8) anför också den stora arbetsbördan som förstalinjens chefer förväntas räcka till för. Forskarna menar att cheferna utsätts för höga krav, både uppifrån i organisationen men också nerifrån från de underställda medarbetarna. Det är alltså oerhört viktigt att chefer har sidoordnade chefskollegor att bolla med för att axla det gemensamma uppdraget som bekräftas av Arbetslivsinstitutet (2006, s.8). Döös et al. (2013, s.9) fortsätter och anför att delat ledarskap är vanligt förekommande både inom den offentliga som den privata sektorn men tycks samtidigt vara obekant för många. Delat ledarskap har enligt Döös et al. (2013, s.9) sin grund i gemensamma värderingar, baserar på förtroende och prestigelöshet och bottnar i många fall i chefernas egna behov av samarbete, utveckling, arbetsfördelning och av inte minst avlastning i det dagliga arbetet.

Forskarna menar att delat ledarskap ger ökade förutsättningar och behöver inte innebära otydliga budskap till medarbetare eller ökade kostnader som många kritiker av denna ledarskapsstil försöker framhäva.

Delat ledarskap har ur ett medarbetar- och chefsperspektiv en rad olika aspekter, både positiva som negativa. Enligt den undersökning som Arbetslivsinstitutet (2006, s.12) har gjort upplever de flesta medarbetarna att deras delande chefer har kunnat utveckla sitt ledarskap genom samarbete, kommunikation och ett ömsesidigt utbyte. Delat ledarskap verkar vidare uppfattas som att det innebär en ökad tillgänglighet till ens överordnade chefer och att dessa chefer verkar trivas bättre samt orkar med sina chefsuppsdrag, vilket enligt Arbetslivsinstitutet (2006, s.12) väcker tankar om ett hållbart ledarskap. Det som kan uppfattas som negativa aspekter av medarbetarna är enligt Arbetslivsinstitutet (2006, s.12) att dessa i sin tur behöver ha tränat förmågan att framföra argument och uppfattningar som kanske avviker från chefernas, då dessa chefer ofta upplevs som starka och sampratade, medans vissa medarbetare menar på att det delade ledarskapet har gjort cheferna öppnare och mer lyssnande. Vidare anför Arbetslivsinstitutet (2006, s.12) att delat ledarskap inneburit för medarbetarna att de har kunnat få bli mer självständiga, delaktiga och kunnat ta över ett större ansvar jämfört med chefer i enskilt ledarskap eftersom medarbetarna enligt Arbetslivsinstitutet (2006, s.15) fått det stöd de behövt av cheferna för att kunna utveckla allt mer självständiga förhållningssätt på arbetet vilket i det långa loppet har medfört självständighet och ett slags oberoende. En annan negativ aspekt som framförs av Arbetslivsinstitutets (2006, s.12) undersökning är att vissa beslut kan ta längre tid, vilket innebär ökad väntetid för medarbetare samtidigt som medarbetarna uppgav att de hellre vill vänta längre på bra beslut än att få dåliga beslut på grund av att det ska snabbt.

## **Evidensbaserat ledarskap**

### **Allmänna principer**

Dagens hälso- och sjukvård är präglad av föränderlighet. Kunskap om undersökningar och behandlingsmetoder hinner snabbt bli föråldrade och inaktuella, det utvecklas ständigt nya metoder och teorier för att effektivisera, förbättra, förkorta och underlätta för framför allt patienter men också omvårdnadspersonal. Evidensbaserad vård har under de senaste decennierna fått en allt större betydelse och har en framträdande roll i det dagliga arbetet med patienter. Evidensbaserad vård är också en utav sjuksköterskors kärnkompetenser och stimulerar till utveckling och behandling i enlighet med den senaste forskningen.

Till skillnad från evidensbaserad vård är evidensbaserat ledarskap betydligt mindre vanligt förekommande i hälso- och sjukvården. Med evidensbaserat ledarskap avses enligt Barends et al. (2014, s.2) att ledare fattar beslut som baseras på en noggrann, explicit och genomtänkt användning av den bästa tillgängliga evidensen från olika källor genom att formulera en fråga, att leta efter aktuell forskning, att värdera information och källor, att koppla ihop forskning med frågeställningen, att tillämpa forskningsresultat i beslutsfattandet och att utvärdera huruvida beslutet påverkat organisationen över tid.

Detta innebär enligt Barends et al. (2014, s.2) att högkvalitativa och hållbara beslut ska baseras på en kombination utav kritiskt tänkande och den bästa tillgängliga evidensen inom det berörda området. Här är det viktigt att skilja mellan evidens och evidens av hög kvalitet då det enligt Barends et al. (2014, s.2) handlar om att undvika beslut som är dåligt underbyggda, saknar förankring i organisationen och uppvisar tecken på för lite förståelse för varför organisationens rutiner mm inte fungerar. Barends et al. (2014, s.2) anför att evidensbaserat ledarskap kan tillämpas för att förbättra själva beslutsfattandet genom att utöka ledarens möjligheter att skaffa sig information som hjälper denne att fatta ett beslut som gagnar organisationen och därigenom skapar hållbarhet.

Briner, Denyer och Rousseau (2009) har försökt att undersöka vad evidensbaserat ledarskap är och hur det påverkar ledare samt organisationer. De har kunnat avgränsa och förtydliga innebörden av evidensbaserat ledarskap och kommit fram till att evidensbaserat ledarskap är något som chefer tillämpar men inte de som undervisar i ledarskap. Vidare anser dessa forskare att evidensbaserat ledarskap handlar om hur chefer leder sin organisation och anses vara ett stöttande arbetssätt vid beslutsfattandet genom att skapa struktur, information och delaktighet. Evidensbaserad vård kan däremot enligt Briner, Denyer och Rousseau (2009) inte vara den enda och dominerande metoden som chefer ska använda sig av vid samtliga former av beslut. Det finns en fara i att förlita sig enbart på litteratur utan att granska dess källa eller att uteslutande basera beslut på litteratur och forskning utan att ta hänsyn till organisationen och dess medarbetare eller förutsättningar.

Wright et al. (2016) anser att evidensbaserat ledarskap har tagit avstamp i den evidensbaserade vården och fått allt större betydelse även inom ledarskap framför allt sedan början av 2000-talet. Evidensbaserat ledarskap är ett ledarskap som baseras på vetenskap och forskning. Vetenskaplig kunskap används för att informera ledaren och basera processen av beslutsfattandet på objektivitet istället för subjektivitet. Wright et al. (2016) anför även att det evidensbaserade ledarskapets potential ligger i att överbrygga gapet mellan kunskap (=evidens) och praktik samt uppmuntrar till att kombinera olika källor och integrera dem i processen av beslutsfattandet.

## **Praktiska barriärer och fallgropar**

Walsh och Rundall (2001) beskriver att ledare uppmuntrar och stimulerar till användningen av evidensbaserad vård för att förbättra patient omhändertagandet, men använder sig själva inte av den senaste forskningen inom ledarskap för att basera olika beslut på densamma. Olika orsaker ligger enligt Walsh och Rundall (2001) till grund för denna situation. En av de vanligaste orsakerna till att ledare inte tillämpar evidensbaserat ledarskap är den akademiska utbildningen. För att kunna arbeta som sjukvårdspersonal behöver läkare och sjuksköterskor genomgå en strukturerad utbildning och får på så sätt en formell kompetens. Detta säkerställer att sjukvårdspersonal, oavsett utbildningsort eller specialistutbildning, förväntas ha jämförbar bakgrund och kunskap för att kunna bedriva en patientsäker vård. Ledare däremot kan enligt Walsh och Rundall (2001) komma från olika discipliner inom hälso- och sjukvården, ibland till och med helt sakna medicinsk eller omvårdnadsutbildning, och ha olika erfarenhetsbakgrund gällande ledarskap. Sohrabi och Zarghi (2015) belyser också detta fenomen och menar att många ledare inte

har en akademisk ledarskapsutbildning som skulle kunna vara en förutsättning för ledare att prata ett gemensamt språk, så som läkare och sjuksköterskor gör inom patientvården. Att sakna en gemensam akademisk kunskapsbas bidrar enligt Sohrabi och Zarghi (2015) till att ledare hellre förlitar sig på sina personliga erfarenheter och tidigare beslut istället för att föra en dialog baserad på aktuell vetenskap, vilket i sin tur kan leda till att många ledare saknar en tillförlitlig informationskälla.

Sohrabi och Zarghi (2015) anför chefers arbetsmiljö som ett problem som bidrar till att det många gånger inte är möjligt för chefer att arbeta i ett evidensbaserat ledarskap. De menar att chefer inte får rätt förutsättningar och att omständigheterna i verksamheten ofta leder till att chefer inte ens förstår eller kan lära sig varför vissa beslut har varit felaktiga och att det oftast saknas andra alternativ som chefer skulle kunnat välja mellan. Ett sätt att förbättra förståelsen och öka kunskapen om hur chefer kan analysera sina beslut är genom att söka kunskap i litteraturen vilket förespråkas av Briner, Denyer och Rousseau (2009) som anser att litteraturen är nyckeln till aktuell forskning och utveckling inom ledarskapsområdet. Om chefer ökar sina kunskaper genom bl.a. en systematisk granskning av aktuell litteratur (som till exempel vetenskapliga artiklar och reviews), skulle det enligt Briner, Denyer och Rousseau (2009) bidra till att ny kunskap sprids och kan implementeras i fler verksamheter.

Ett annat problem är också kunskap som lärs ut på chefskurser och fortbildningar där Sohrabi och Zarghi (2015) kommit fram till att en hög andel forskare och/eller professorer inte lär ut de senaste rönen inom ledarskapet utan allt för ofta tenderar att lära ut vad de själva blivit lärda i det förflutna samt att kompetensnivån professorerna emellan kan skilja sig signifikant åt, vilket i sin tur påverkar kvalitén på undervisningen.

Inom ledarskapet spelar personliga erfarenheter och självlärd kunskap en betydligt större roll än i det kliniska arbetet. Walsh och Rundall (2001) menar på att denna skillnad, eller rättare sagt detta gap, tydligt bidrar till att många ledare har svårt för att tillämpa och förstå sig på evidensbaserade beslutsvägar, vilket gäller både på individ- men också på grupp- och organisationsnivå. Många beslut är heterogena och baseras på en generell hållning eller ledarens personliga inställning istället för förankrade beslutsstöd som handböcker eller policys. Barends et al. (2014, s.4) beskriver en studie som genomfördes med ett stort antal amerikanska HR-partners som visade att det finns en stor diskrepans mellan vad den aktuella forskningen inom området visar är den bästa strategin och deltagande HR-partners egna personliga åsikter om vilken strategi som är den effektivaste.

I det kliniska arbetet med patienter spelar aktuell forskning en stor roll, många medarbetare, läkare och sjuksköterskor är mycket engagerade inom såväl forskning som implementering av nya metoder. Användningen av evidensbaserad vård är förknippat med högt anseende bland kollegor och stärker omvårdnadspersonalens ställning. Ledare däremot saknar enligt Walsh och Rundall (2001) ofta en formell utbildning inom ett forskningsområde, det kan vara svårt för ledare att engagera sig inom forskningen och ledaruppdraget stimulerar och/eller tillåter sällan forskning inom ett specifikt område. Ett ledarskap som baseras på personliga åsikter och föreställningar tron samt dåligt underbyggda fakta innebär enligt Barends et al. (2014, s.4) att det fortfarande är för få ledare som tillämpar evidensbaserat ledarskap, vilket i sin tur kan leda till att en



organisation, dess medarbetare och/eller dess patienter löper risk att ta stor skada på grund av felaktiga och oftast kostsamma beslut.

### **Att basera beslut på värderingar**

Värderingar och användningen av dessa är centrala inom en mängd olika yrkes- och/eller ämnesområden såsom ekonomi, sociologi, filosofi eller psykologi. Busch (2012, s.31) anser att värderingar har gemensamma kännetecken och det är därför viktigt att hålla isär de olika innehållsmässiga definitionerna.

Som gemensamt för värderingar och etiska aspekter anses vara att de betraktas som latenta begrepp som i sin tur kan påverka hur enskilda individer bedömer aktiviteter eller resultat. Busch (2012, s.32) menar på att individer tenderar till att bedöma andra utifrån personliga värderingar utan att för den delen behöva vara medvetna om det. De personliga värderingarna påverkar huruvida individer behandlar sina medmänniskor med till exempel respekt. Vidare anser Busch (2012, s.32) att värderingar är mer generella och mindre specifika, vilket gör att värderingar kan tillämpas i olika situationer vilket betyder att värderingar tillämpas privat med familj och vänner samt professionellt i arbetsrelaterade sammanhang. Värderingar kan alltså enligt Busch (2012, s.32) klassificeras i individ-, grupp- eller organisationsmässiga värderingar.

Utifrån ovan nämnda definition för värderingar menar Busch (2012, s.33) att värderingar är en mental konstruktion som snarare representerar en idé än något som går att observera och ta på. Däremot är det möjligt att sätta ord på de olika värderingarna och beskriva för en annan individ vad som innebär till exempel respekt för andra. Busch (2012, s.32) fortsätter och beskriver att värderingar har en emotionell eller känslomässig koppling till en situation eller ett särskilt sammanhang, vilket betyder att beteenden och handlingar kan stå i konflikt med värderingar vilket i sin tur för med sig en negativ känslomässig reaktion. Omvänt skapar det däremot personer som agerar utefter samma värderingar en positiv reaktion. Dessa känslor är enligt Busch (2012, s.32) viktiga att känna till och ha i beaktande på det privata, personliga planet men också i professionella, arbetsrelaterade sammanhang då just dessa positiva som negativa reaktioner skapar energi, eller med andra ord motivation eller konflikter.

Organisationer som inte tar hänsyn till sina medarbetares värderingar och till och med skapar en omgivning som hotar och/eller ifrågasätter värderingar ger enligt Busch (2012, s.33) upphov till starka emotionella reaktioner och ett stort engagemang hos alla som berörs. Det är därför oerhört viktigt att ledarskapet är medveten om värderingar och handlar i samklang med desamma. Värderingar kan anses ha en plus- och en minussida, eller enklare uttryckt kan värderingar handla om vad som är rätt eller fel. Eftersom värderingar som har en stark koppling till plus- eller rätt-sidan kan innebära en motivation hos individer är det viktigt att förstå att detta kan användas för att uppnå mål och som utgångspunkt vid beslutsfattande.

Värdebaserat ledarskap handlar enligt Busch (2012, s.83) inte enbart om att arbeta med värderingar utan snarare om att ledningen skapar en gemensam värdegrund för sina

medarbetare och använder denna värdegrund som en integrerad del av ledningsprocessen. Värdeförankring och värdeutveckling är centrala begrepp och arbetsredskap för en ledning som arbetar värdebaserat för att uppnå viktiga mål.

Vilka värderingar en ledare i sin dagliga funktion använder sig av är olika från individ till individ, från ledare till ledare. Det är de olika värderingarna och personliga erfarenheterna som påverkar ledarens stil att leda, men enligt Busch (2012, s.87) kan stilen i stort sett kopplas till antingen ledarens uppgiftsorientering, dvs ledaren fokuserar på uppgiften som ska lösas vilket indikerar att ledaren lägger stor vikt vid styrning och kontroll, eller ledarens relationsorientering vilket betyder att ledaren har relationerna mellan olika medarbetare som ska lösa uppgiften i fokus, vilket kan tyda på omsorg och omtanke.

Ledarens relationella, kognitiva och tekniska färdigheter påverkar medarbetarens, gruppens och organisationens effektivitet. Busch (2012, s.86) beskriver att färdigheter som underlättar för ledaren att tackla situationer kan vara hantering av relationer mellan medarbetare, förståelse av känslor och attityder som påverkar motivation, förmågan att hantera komplexa sammanhang men också insikt i teknologiska sammanhang som kan påverka medarbetarnas prestation. Ledarens personliga egenskaper sätter ramarna för just den ledarstil som tillämpas, ledarens värdesystem är enligt Busch (2012, s.88) av stor betydelse vid uppgifter som kan kräva kontroll och styrning. Detta innebär att en ledare vars värderingar är utpräglade beträffande medverkan, involvering och omsorg om medarbetarna, kommer att ha svårt för att tillämpa en auktoritär ledarstil. Eftersom värderingar är i högsta grad personliga och individuella är det viktigt för ledaren att särskilja personligt från arbetsrelaterat. För att kunna lösa komplexa frågeställningar eller uppdrag, som organisationen har ställt till ledaren, behövs ett strukturerat och värdebaserat arbetssätt. Litteraturen beskriver olika tillvägagångssätt och Duthie et al. (2014) beskriver ett ramverk för värdebaserat ledarskap som bottnar i ett koncept bestående av fem hörnstenar (se fig.1). Detta koncept kan anses vara en policy som rekommenderas för integration i ledarens dagliga arbete.

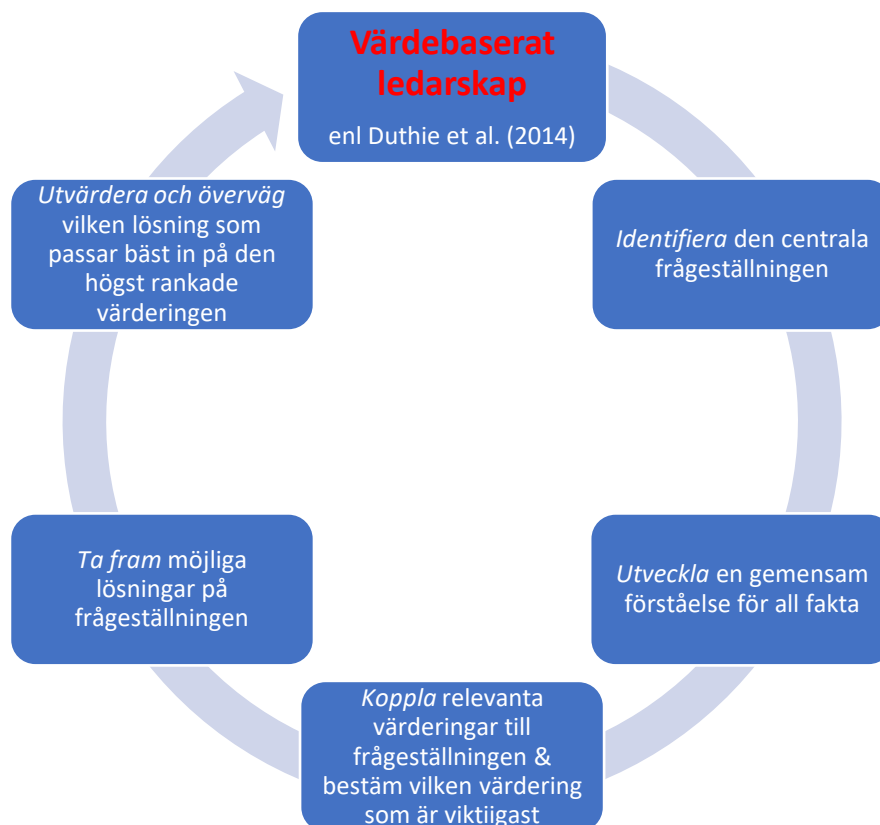


Fig.1. Värdebaserat ledarskap enl. Duthie et al. (2014).

Pfiedler (2013, s.10) däremot anser att värderingar är principer som är översatta i handlingar. Några utav dessa principer är ansvar, självkänedom & självledarskap, ledaren som förebild, förståelse för den gemensamma uppgiften, ledarens omsorg för medarbetare såsom information & transparens. Pfiedler (2013, s.11) lägger vidare stort märke till ledarens mjuka värden och egenskaper som består utav bl.a. kreativitet, karaktär, kompetens, nyfikenhet och övertygelse. Samtidigt medger Pfiedler (2013, s.13) att det är minst lika viktigt att ledaren förstår hur viktigt det är att tillämpa värderingar som är baserade på olika fysiska och psykiska faktorer som till exempel självkänedom.

Duthie et al. (2014) menar att ramverket erbjuder olika fördelar som ledaren kan dra nytta av. Exempelvis skapar det värdebaserade ramverket en möjlighet att utifrån individuella och/eller gemensamma värderingar kunna lösa komplexa frågeställningar som organisationen har ställts inför på ett strukturerat sätt. Själva lösningsprocessen kan tjäna syftet att dokumentera beslutsfattandet men också att beslutet baseras på en värdering och inte ett personligt mål och är således fattat mera rationellt (=objektivt) än emotionellt (=subjektivt). Duthie et al. (2014) fortsätter och anför att värdebaserade beslut kan skapa större förståelse hos medarbetare och organisationer och leder inte enbart till effektivare beslut utan främjar också en organisationskultur som är baserad på transparens och starka värderingar som i sin tur kan vägleda både medarbetare och ledare vid intressekonflikter.

Scully, N. (2014) beskriver dagens hälso- och sjukvård som utmanande, högteknologisk och akademisk men ofta även oförutsägbar och delvis kaotisk. Detta ställer enligt Scully, N. (2014) inte bara höga krav på vårdpersonalen utan också på ledare inom hälso- och sjukvården. Ledarna förväntas ta (snabba) beslut i komplexa sammanhang och utmaningen kan ofta bestå i att ledarna inte alltid har en fullständig bild över situationen eller frågeställningen. Det är viktigt att ledarna kan visa vägen för utvecklingen av verksamheten och medarbetarna genom att basera besluten på en värdegrund.

Men till skillnad från Duthie et al. (2014) belyser Scully, N. (2014) snarare hur ledaren ska förhålla sig till en befintlig värdegrund. Detta betyder att fokus ligger inte enbart på att skapa och tillämpa värdegrunden för att arbeta i ett värdebaserat ledarskap, utan fokus ligger på vilka personliga egenskaper ledaren i sin tur förväntas ha med sig för att kunna använda värdebaserat ledarskap. Detta börjar i ett så tidigt skede som en akademisk utbildning av ledaren inom just ledarskap. Värdebaserat ledarskap enligt Scully, N. (2014) bygger på ledarens förståelse och vetskap om det värdebaserade ledarskapet. Denna utbildning föreslås ske på högskolor och genom internutbildningar för att säkra att respektive verksamhets interna värdegrund kan förmedlas till befintliga och framtida ledare.

### **Att tillämpa evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet**

Evidensbaserat ledarskap har, liksom evidensbaserad vård, kritiserats och ifrågasatts många gånger under årens lopp. Wright et al. (2016) beskriver fyra huvudsakliga kritiker som forskare och ledare har uttryckt när begreppet evidensbaserat ledarskap präglades:

1. Evidensbaserat ledarskap tar endast hänsyn till forskningen.
2. Att förlita sig på enbart evidens vid beslutsfattandet är ineffektivt.
3. Avsaknad av empirisk forskning på evidensbaserat ledarskap och dess effekter på organisationer och beslutsfattare.
4. Evidensbaserat ledarskap är endast kopierat från evidensbaserad vård och expertisen av en kompetent ledare går förlorad.

Wright et al. (2016) anför dock vidare att just denna kritik har skapat ännu bättre förståelse och forskning inom området för evidensbaserat ledarskap och på så sätt bidragit till en öppen dialog om modellen samt att allt fler organisationer börjar använda sig av ett evidensbaserat ledarskap. Även litteraturen visar att det pågår fler studier inom detta område och att olika forskare undersöker hur modellen evidensbaserat ledarskap bidrar till bland annat mer hållbarhet och långsiktiga beslut. Många ledare försöker enligt Wright et al. (2016) att skapa transparenta beslutsprocesser, men tillämpar allt för ofta devisen "bra nog" vid urvalet av evidens eller hjälpmedel under beslutsfattandet. En del beslut ska fattas under tidspress. Detta möjliggör inte riktigt en fördjupad analys av evidensen likaså som vissa beslut och väldigt speciella och kanske helt saknar stöd i den aktuella forskningen. Wright et al. (2016) menar vidare att vissa organisationer har börjat tillämpa en semistrukturerad modell för att fatta beslut som baserar på tre faser och är både traditionsenlig och lösningsorienterad (se fig.2 nedan): identifiera problemet samt dess inverkan på organisationen, utveckla möjliga lösningar och till slut att besluta om vilken

lösning som är den bästa för det identifierade problemet. Denna modell har enbart fokus på att lösa ett problem som organisationen har stött på och tar inte hänsyn till värderingar, kostnader, evidens eller involverade medarbetare och/eller patienter.

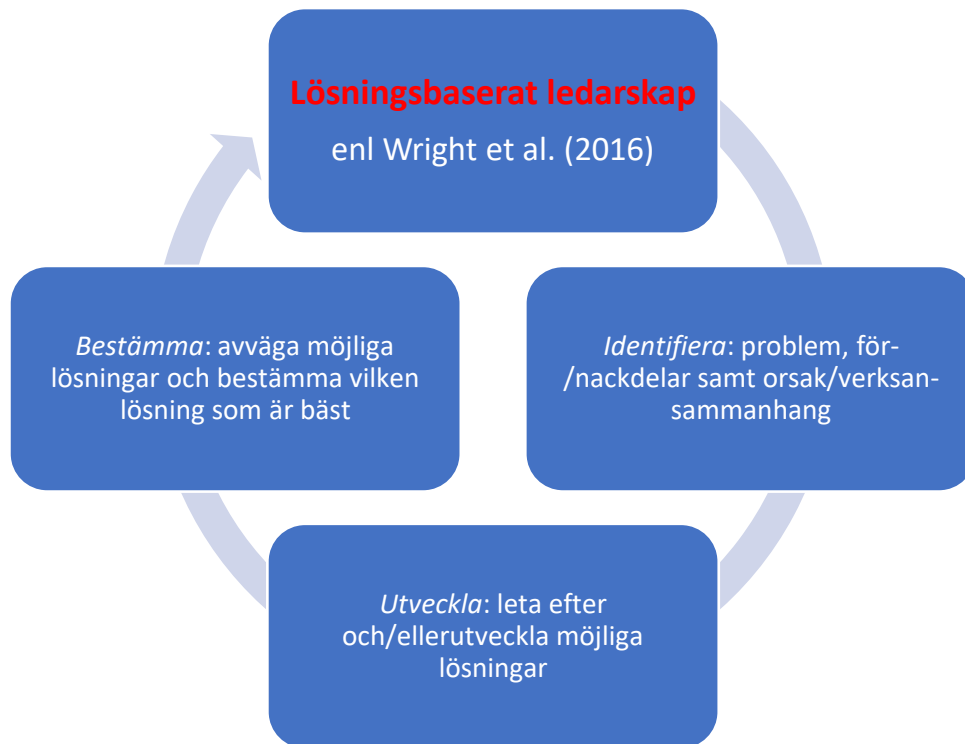


Fig.2. Lösningbaserat ledarskap enl. Wright et al. (2016).

Aktuell forskning visar att evidensbaserat ledarskap ännu inte är integrerat i ledarskapets dagliga arbete och implementeringen hittills är bristfällig. Wright et al. (2016) påtalar att den senaste forskningen däremot har visat att evidensbaserat ledarskap med fördel kan implementeras i såväl operativa som strategiska kärnverksamheter och skapar förutsättningar för hållbara beslut som leder till positiva effekter för organisationen, dess medarbetare och patienter. Beslut inom hälso- och sjukvården är oftast mycket komplexa och användningen av evidens kan skapa bättre förutsättningar för ledare att driva sina verksamheter. Vidare menar Wright et al. (2016) att evidensen måste skapas och användas av både ledare, medarbetare och patienter. Forskarna Wright et al. (2016) och Barends et al. (2014, s.5) beskriver att modellen för evidensbaserat ledarskap tar hjälp utav fyra olika källor för evidens, dessa är (se även fig.1):

1. Aktuell vetenskap och forskning.
2. Seniora ledares erfarenheter.
3. Organisationens interna förutsättningar och behov.
4. Involverade ("drabbade") personer som berörs av det aktuella problemet.

Även Kovner (2014) håller med om det och anser att det är just evidensen som används vid beslutsfattandet som kan vara avgörande för hur väl besluten faller ut. Forskaren anför att många organisationer skulle ha en bättre fungerande verksamhet ifall besluten baserades på validerade fakta och är väl underbyggda med aktuell evidens. Kovner (2014) menar vidare på att organisationer utgår från en förändring i verksamheten och fokuserar på genomförandet istället för att fokusera på evidens som involverar samtliga personer och processer som i sin tur kommer att påverkas av den planerade förändringen.

Kovner (2014) hänvisar till modellen för evidensbaserat ledarskap vars olika faser kan användas i ledarskapet. Medveten om att förändringar i verksamheten nästan alltid har en finansiell begränsning, understryker forskaren att många ledare inte är medvetna om vilka fördelar evidensbaserat ledarskap kan medföra. Allt för ofta avgör kostnader hur dagens ledare bestämmer och leder sina organisationer istället för att driva en långsiktig strategi. Att använda sig av evidensbaserat ledarskap kan enligt Kovner (2014) innebära att beslutsprocessen tar längre tid vilket i sin tur kan orsaka högre kostnader. Vidare anser forskaren att många ledare tror på en traditionsenlig beslutsprocess som inte främjar tillämpning av evidens, de ifrågasätter även starkt nya metoder att fatta beslut på. Dessutom hävdar en stor del av dagens ledare att evidensen inte tillhandahåller den rätta vägen och att ledaren ändå måste bestämma riktningen samt fatta beslutet.

Utifrån den redan väletablerade termen evidensbaserad medicin har både Kovner (2014) och Barends et al. (2014, s.2) beskrivit evidensbaserat ledarskap som en modell bestående utav sex steg (se fig.3 nedan):

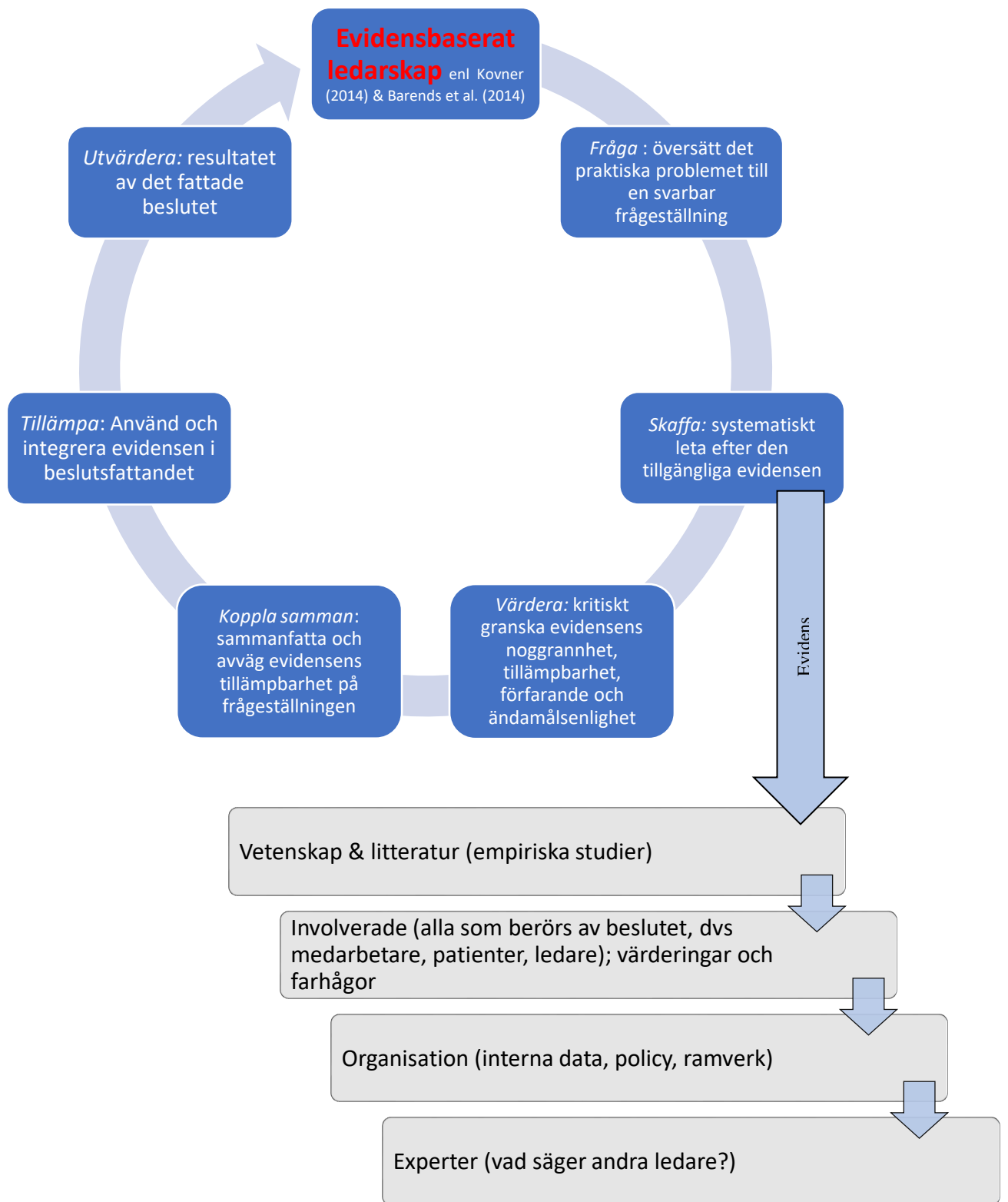


Fig.3. Evidensbaserat ledarskap enl. Kovner (2014) & Barends et al. (2014).

Brownson et al. (2018, s.308) fortsätter och beskriver att dagens ledare behöver förstå vad det är i praktiken som olika beslut kan baseras på och vilka alternativ som är de bäst lämpade utifrån frågeställningen och verksamhetens/organisationens behov. Forskarna menar på att det är viktigt att basera beslut på den bästa tillgängliga kunskapen, alla involverades behov samt vilken lösning som kommer att fungera bäst utifrån de lokala förhållandena. Brownson et al. (2018, s.308) föreslår att börja med enkla förändringar i verksamheten för att testa evidensbaserat ledarskap i en liten skala och anför exempel som en strukturerad utvärdering av rekryteringsförfaranden samt intervjuguiden.

Forskarna är dessutom medvetna om att dagens ledare inte har rätt förutsättningar för att kunna bedriva ett evidensbaserat ledarskap. Brownson et al. (2018, s.31) beskriver olika faktorer som påverkar implementering och användning av evidensbaserat ledarskap som påverkar huruvida ledare kan använda sig av denna modell. Faktorer så som instabila ledningsgrupper, typ av ledarskap (enskilt eller delat ledarskap), otydliga verksamhets- och ledarskapsmål, avsaknad av ett långsiktigt och strategiskt ledarskapsarbete, brist på tid för (samt information om) evidensbaserat ledarskap. Brownson et al. (2018, s.42) belyser också vikten av transparens och delaktighet, dvs att evidensbaserat ledarskap inte ska anses vara ett ledarskapsinstrument utan att det bygger på att ledaren förmår att låta medarbetare och alla berörda personer ta del av beslutsprocessen och på så sätt ser till att det finns möjlighet för samarbete, information, transparens och delaktighet.

## **PROBLEMFORMULERING**

Inom hälso- och sjukvården har evidensbaserad vård under de senaste decennierna fått en allt större betydelse och spelar en stor roll i det dagliga arbetet med patienter. Den vård som ges till patienter och anhöriga är redan i dagsläget i stor utsträckning evidensbaserad. Den är också en av sjuksköterskors kärnkompetenser och stimulerar till utveckling och behandling efter den senaste forskningen. Men till skillnad från sjuksköterskor som baserar sin kompetens på evidens så visar aktuell forskning att evidensbaserat ledarskap ännu inte är integrerat i ledarskapets dagliga arbete och implementeringen hittills är bristfällig.

Därför vill författarna med denna studie ta reda på om det föreligger en signifikant skillnad mellan delat ledarskap och enskilt ledarskap avseende användning och kännedom om evidensbaserat ledarskap och hållbarhetsprincipen som poängteras av såväl Walsh och Rundall (2001) som Brownson et al. (2018, s.42). Vidare vill författarna ta reda på i hur stor utsträckning första linjens chefer inom hälso- och sjukvården använder sig av evidens för att skapa hållbara processer som på lång sikt leder till bättre förutsättningar för medarbetare och patienter.



## **SYFTE**

Studiens syfte är att undersöka ifall det föreligger en skillnad bland första linjechefer som är verksamma inom enskilt respektive delat ledarskap med avseende på kunskaper om evidensbaserat och hållbart ledarskap samt belyst deras inställningar och förutsättningar för att skapa hållbara arbetsmiljöer och fatta evidensbaserade beslut i vardagen.

## **METOD**

### **Kvantitativ metod**

Syftet med denna studie var att jämföra chefer som är verksamma inom delat respektive enskilt ledarskap avseende deras möjlighet att verka hållbart och evidensbaserat i det dagliga ledarskapet och med avseende av detta valde författarna att använda sig av en kvantitativ metod.

Den kvantitativa metoden bygger på att forskaren samlar in data i form av siffror eller att data kvantifieras till siffror (Borg, Westerlund, 2006). Författarna av denna studie använde sig av en tvärsnittsstudie för att besvara frågeställningen. Författarna ansåg att en tvärsnittsstudie var den mest lämpade på grund av att författarna ville jämföra en specifik population (enskilt ledarskap) med en annan (delat ledarskap) vid en specifik tidpunkt (Levin, 2006).

### **Urval**

Deltagarna i denna studie är verksamma som förstalinjens chefer (i den valda organisationen kallade för omvårdnadschefer) och är anställda på ett universitetssjukhus i Mellansverige. De deltagande cheferna arbetar inom många olika delar av sjukhuset, organisationens namn för dessa delar är funktionsområden och patientområden, även författarna själva är verksamma i denna organisation, både på funktions- och patientområdesnivå. Deltagarna har olika bakgrund men är övervägande sjuksköterskor och biomedicinska analytiker. Författarna valde att enbart rikta sig till de så kallade omvårdnadscheferna eftersom författarna själva är verksamma som omvårdnadschefer i både enskilt och delat ledarskap och vidare har författarna samma bakgrund som den valda undersökningsgruppen. Deltagargruppen var en heterogen grupp bestående av män och kvinnor i olika åldrar. Författarna har själva inte deltagit i studien.

Författarna valde att skicka enkäten till alla förstalinjens chefer vid det aktuella universitetssjukhuset. Enligt Döös och Wilhelmson (2003) visade en studie att cirka 40

% av chefer runt om i Sverige är verksamma i någon form av delat ledarskap, vilket ledde till författarnas preliminära antagande att resultaten i den föreliggande studien skulle bli präglade av att något fler förstalinjens chefer tillämpar någon form av delat ledarskap i sitt dagliga arbete. Trenden inom sjukvården de senaste åren har varit att allt fler chefer gått över till ett delat ledarskap, vilket författarna till denna studie ser i sitt dagliga arbete med chefskollegor på andra enheter inom organisationen.

## **Etiska överväganden**

Denna studie undersöker förstalinjens chefers kunskaper inom och hållning gentemot evidensbaserat och hållbart ledarskap. Det framkommer inga data eller undersökningar som inbegriper varken patienter eller annan känslig information från medarbetare inom den undersökta organisationen. Författarna till denna studie har därav gjort den bedömning att en ansökan om etiskt godkännande enligt Vetenskapsrådet (2015) och Datainspektionen (2013, s.5) inte är nödvändig för att genomföra denna studie.

## **Datainsamling**

### **Undersökningsgruppen**

Den föreliggande studien undersöker omvårdnadschefer som i den valda organisationen anses vara förstalinjens chefer som är verksamma på ett Universitetssjukhus och arbetar inom både enskilt och delat ledarskap, dvs. delar på chefsuppdraget med en sidoordnad chefskollega.

Författarna till denna studie har innan studien undersökt hur fördelningen bland de undersökta förstalinjernas chefer ser ut med avseende på hur många som arbetar i enskilt och/eller delat ledarskap. Det visade sig dock att det inte finns registrerat hur denna fördelning ser ut inom organisationen och inte heller HR-avdelningen hade denna information att tillgå.

Avsaknaden av denna information begränsar författarnas möjligheter att undersöka huruvida det finns en normalfördelning mellan gruppen med chefer inom *enskilt ledarskap* jmf med gruppen chefer inom *delat ledarskap*. Det är inte möjligt att uttala sig om hur många av cheferna som har sidoordnade chefskollegor och kan ta hjälp av just dessa vid t.ex. beslutsfattandet. Denna studies författare är däremot väl insatta i organisationen och har dessutom ett stort nätverk bland förstalinjens chefer över hela organisationen, vilket har gett författarna en särskild förförståelse för fördelningen och ett subjektivt intryck att det föreligger en normalfördelning mellan gruppen chefer inom *enskilt ledarskap* och gruppen chefer inom *delat ledarskap*.

Med detta som utgångspunkt samt undersökningen av Döös och Wilhelmson (2003) har författarna beslutat sig för att genomföra den tilltänkta studien fastän det exakta antalet omvårdnadschefer i respektive grupp är okänt. Det som däremot är känt är totalantalet förstalinjens chefer över hela organisationen.

### **Enkätens utformning**

Antalet ställda frågor i enkäten styrdes mycket av tidsaspekten för respondenterna. Författarna valde att hålla sig till så få frågor som möjligt, enkäten bestod av 14 frågor som tog cirka 5 minuter för respondenterna att besvara. Orsaken till att författarna valde att begränsa sig till enbart 14 frågor var att författarna använde sig av en webbenkät. Enligt Trost och Hultåker (2016, s.141) finns det en risk att användningen av en webbenkät, dvs. utformningen och antalet frågor, kan ha en negativ inverkan på antalet respondenter som väljer att besvara enkäten. Bakgrunden till detta är att respondenterna kan ha svårt att få en uppfattning om hur lång tid det kommer att ta att besvara enkäten jämfört med en printversion av enkäten vilket i sin tur kan leda till att respondenterna kan avstå från att besvara enkäten.

Datainsamlingen i den föreliggande studien genomfördes med hjälp av en webbaserad enkät, se bilaga 1. Enkäten var webbaserad och kunde även besvaras direkt i mobilen vilket författarna misstänker har bidragit till att fler besvarade enkäten och vidare underlättade sammanställningen av respondenternas svar. Enkäten togs fram genom att författarna använde sig av det elektroniska programmet Sunet Survey som tillhandahölls av Högskolan i Borås och som i sin tur erbjöd författarna möjlighet att skapa enkätens utseende och innehåll, dvs. information till respondenter samt frågor och svarsalternativ.

Enkäten bygger på anonymitet vilket innebär att deltagarnas identitet inte kan röjas och studiens författare har inte möjlighet att spåra vilken respondent som lämnat in vilka svar.

Vid framtagandet av enkätfrågorna gjorde författarna webbaserade sökningar efter liknande enkäter med hög reliabilitet och validitet. Målet med sökningen var att ta reda på om det har gjorts liknande studier vilka författarna av den föreliggande studien hade kunnat dra lärdomar av. Då undersökningen handlar om evidensbaserat ledarskap var det viktigt för författarna att även enkäten skulle vara utformad och framtagen på ett evidensbaserat arbetssätt och även ha en dokumenterad användning i litteraturen. Tyvärr var det inte möjligt för författarna att hitta liknande enkäter för undersökning och utvärdering huruvida chefer känner till och tillämpar evidensbaserat ledarskap vilket resulterade i att författarna valde att själva ta fram egna frågor samt att skapa svarsalternativ som gör det möjligt att svara upp mot studiens syfte och frågeställning.

## Enkätfrågor

Författarna valde att skapa frågor som gjorde det möjligt att besvara dessa med fasta, fördefinierade svarsalternativ. Anledningen till detta var att fasta svarsalternativ minskade antalet svar och data bestående av långa meningar som skulle kunna vara svåra att förstå och utvärdera. Detta styrks av litteraturen, Trost och Hultåker (2016, s.74) menar även att det är viktigt att minska risken att respondenter låter bli att svara på frågor om de inte vet vad/hur de ska svara.

Walsh och Rundall (2001) beskriver att ledare uppmuntrar och stimulerar till användningen av evidensbaserad vård för att förbättra patientomhändertagande, men använder sig själva inte av den senaste forskningen inom ledarskap för att basera olika beslut på densamma. Att använda sig av aktuellt giltiga metoder inom ledarskap och forskning var en mycket viktig utgångspunkt för denna studies författare vid framtagningen av enkätfrågorna. Den övervägande delen av frågor i enkäten utgår ifrån och bygger på den teoretiska modellen för evidensbaserat ledarskap som präglades av forskarna Kovner (2014), Barends et al. (2014) samt Wright et al. (2016).

Enkäten kan i huvudsak delas in i tre delar, en inledande del med allmänna frågor om respondentens bakgrund som förstalinjens chef, en efterföljande del med huvudfokus på hållbart ledarskap samt en del om evidensbaserat ledarskap.

Den inledande delen efterfrågar antalet direkt underställda medarbetare, antal arbetade år totalt som förstalinjens chef och vilken akademisk bakgrund respondenten har, dvs. utbildning som biomedicinsk analytiker, sjuksköterska eller annan bakgrund. Dessa allmänna frågor valdes ut för att kunna ta reda om det föreligger skillnader i vetskapen om evidensbaserat och hållbart ledarskap och/eller huruvida antalet underställda medarbetare kan påverka förutsättningar för att kunna tillämpa evidensbaserat och hållbart ledarskap i det dagliga arbetet som förstalinjens chef. Frågorna är formulerade som öppna frågor med fasta, fördefinierade svarsalternativ som innehåller bl.a. olika spann av årtal (arbetslivserfarenhet som förstalinjens chef). Trost och Hultåker (2016, s.69) anser att detta underlättar insamlingen och sammanställningen av respondenternas svar då det blir enklare att koppla fördefinierade svarsalternativ till olika trender och spridningar.

Ytterligare en frågeställning av inventerande karaktär handlar om inom vilket patienttema- eller funktionsområde som respondenten är verksam inom. Författarna till denna studie hade för avsikt att ta reda på ifall det är några teman eller funktioner som utmärker sig mer än andra när det gäller evidensbaserat och hållbart ledarskap. En hypotes som författarna hade initialt var att antalet underställda medarbetare påverkar förstalinjens chefs förutsättningar för att kunna tillämpa evidensbaserat ledarskap då både antalet chefer och antalet underställda kan variera mellan de olika patienttema- och funktionsområdena. Här ingår även om respondenterna arbetar inom enskilt- eller delat ledarskap vilket också har inverkan på chefs förutsättningar och möjligheter. Frågorna baseras också på Socialstyrelsens (2003) skrivelse om antalet direkt underställda en chef vanligtvis kan ha. Socialstyrelsen (2003) har kommit fram till att en direkt personalansvarig chef inte ska ha fler underställda än vad det är möjligt att personligen lära känna var och en av dem.

Huvudfokus på inventeringen om huruvida förstalinjens chefer känner till begreppen evidensbaserat och hållbart ledarskap kännetecknar enkätens stora del. Vidare avser författarna att ta reda på om respondenterna tillämpar och/eller önskar tillämpa evidensbaserat och hållbart ledarskap i större utsträckning än vad de gör i dagsläget. Vidare ingår en frågeställning om respondenterna tror sig ha kunskap om evidensbaserat ledarskap är nyckeln till ett hållbart ledarskap som i sin tur kan leda till bättre förutsättningar för medarbetare, patienter och sist men inte minst förstalinjens chefer själva. Dessa frågor är baserade på studien som forskarna Nayback-Beebe et al. (2013) belyst och beskrivit. De undersökte huruvida evidensbaserat ledarskap påverkade medarbetar- och patientnöjdhet, personalomsättning och kvalitén på omvårdnaden. Nayback-Beebe et al. (2013) kom fram till att evidensbaserat ledarskap skapar förutsättningar för att chefer ska kunna skapa en hälsosam arbetsmiljö och samtidigt kunna arbeta med långsiktiga och hållbara mål. Syftet med dessa frågor var med andra ord att ta reda på hur många av den undersökta chefsgruppen som var medvetna om ovan nämnda faktorer.

Det är framför allt enkätens huvuddel som baseras på forskarna Wright et al. (2016), Kovner (2014) och Barends et al. (2014, s.5) beskrivning av modellen för evidensbaserat ledarskap. Modellen bygger på fyra olika källor för evidens vilka är aktuell vetenskap och forskning, seniora ledares erfarenheter, organisationens interna förutsättningar samt behov och sist men inte minst involverade/deltagande personer som berörs av det aktuella problemet. Den avslutande frågan i denna studies enkät utgör en inventering om vilka källor förstalinjens chefer i den valda organisationen använder sig av och tjänar både som inventering men också som jämförelse i hur stor utsträckning den valda organisationen stämmer överens med den teoretiska modellen om evidensbaserat ledarskap med avseende på källorna för evidens som bör ingå vid framtagningen av möjliga lösningar för ett uppstått problem. Författarna valde att justera svarsalternativen från den teoretiska modellen om evidensbaserat ledarskap för att det skulle passa den undersökta organisationens olika chefsnivåer och interna benämningar.

## **Pilotenkät**

Efter att författarna hade gjort flera justeringar i frågornas utformning skickades en pilotenkät ut till en kontrollgrupp bestående av 15 första linjens chefer. Syftet med denna kontrollgrupp var att testa om enkätfrågorna var tydligt formulerade samt om frågorna skulle leda till att besvara undersökningens syfte och frågeställning.

Kontrollgruppen återkopplade att frågorna var tydliga men svarsalternativen gav inte den förväntade spridningen i inventeringen avseende kunskaper om evidensbaserat och hållbart ledarskap. Kontrollgruppen återkopplade också att det inte fanns några problem att svara på enkäten på kort tid och ändå ha möjlighet till eftertanke.

Efter utvärderingen av kontrollgruppens återkopplingar gick författarna igenom svarsalternativen och justerade dessa för att bättre kunna få till spridningen samt kunna inventera kunskapen om evidensbaserat och hållbart ledarskap.

Den slutgiltiga enkäten skickades sedan ut till alla deltagare vid samma tidpunkt, därefter skickades tre påminnelser med fyra dagars intervall för att påminna deltagarna som inte hade besvarat enkäten.

## Dataanalys

De insamlade data exporterades från Survey Sunet till IBM SPSS Statistics 24, för att därefter analyseras. Den oberoende variabeln var huruvida man var verksam inom delat eller enskilt ledarskap. De beroenden variablerna bestod av diverse frågor som beskrivet ovan.

Fördelningen av enkätsvaren presenterades i antal och procent (%) och signifikanta skillnader i svarsproportionen analyserades med hjälp av Mann-Whitney U test. Anledningen till detta var att kunna ta reda på ifall frekvensfördelningen mellan de två grupperna var lika eller åtskild (Borg, Westerlund, s.390).

Förutom Mann-Whitney användes även Chi två för dataanalysen vilket begrundas med att den fördelningsform man fick fram var den som skulle jämföras med den som slumpen skulle ge (Borg, Westerlund, s.381). Signifikant nivå sattes till  $p \leq 0,05$ . För att ta reda på power i den föreliggande studien användes dataprogrammet G-power och resultatet av en beräkning visade att författarna hade en effektstyrka (=power) på 78, vilket inte är helt optimalt för att kunna förkasta en falsk nollhypotes. För att kunna förkasta en falsk nollhypotes anser Borg och Westerlund (2016, s.452) att det är bättre med en stor effektstyrka på 80 och mer avseende power.

Enkätsvaren och en detaljerad fördelning bland respondenterna som är verksamma inom delat respektive enskilt ledarskap presenteras nedan i grafer och tabeller.

# RESULTAT

## Allmän inventering - enkätfrågor 1-5

Enkäten skickades ut till 233 förstalinjens chefer i den valda organisationen. Författarna till denna studie valde att dela in respondenterna i två grupper beroende på typ av ledarskap vilket innebär att den ena gruppen chefer kallas för *enskilt ledarskap* och den andra gruppen kallas för *delat ledarskap*.

Antalet besvarade enkäter var på 79 stycken vilket motsvarar en svarsfrekvens på 34 %. I tab.1 nedan sammanfattas respondenternas organisationstillhörighet, antalet underställda medarbetare, akademisk bakgrund och antal arbetade år som förstalinjens chef.

**Tab.1. Sammanställning av enkätens allmänt inledande inventering för de som är verksamma inom enskilt respektive delat ledarskap. \*Bortfall på 1 person.**

<i>Antal medarbetare</i>	<i>Enskilt</i>		<i>Delat</i>	
	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>	<i>Antal</i>	<i>Procent</i>
6-10	3	15	0	0
11-15	4	20	5	8,5
16-20	4	20	15	25,4
över 20	9	45	39	66,1
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>59</i>	<i>100</i>
<i>Akademisk bakgrund</i>				
Sjuksköterska	19	95	55	93,2
Biomedicinsk analytiker	1	5	1	1,7
Annat			3	5,1
<i>Total</i>	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>59</i>	<i>100</i>
<i>Tema eller Funktion</i>				
Barn och Kvinnosjukvård	5	20	15	25,4
Cancer	9	45	7	11,9
Hjärta och Kärl	1	2	4	6,8
Neuro	1	2	9	15,3
Akut	1	2	8	13,6
Bild och Funktion	2	10	16	27,1
<i>Total</i>	<i>19*</i>	<i>95</i>	<i>59</i>	<i>100</i>
<i>Antal år som chef</i>				
Upp till 2 år	9	45	19	32,2
Mer än 2 år, mindre än 5 år	4	20	25	42,4
5 år och över	7	35	15	25,4
<i>Total enskilt/delat</i>	<i>20</i>	<i>100</i>	<i>59</i>	<i>100</i>

Betydligt fler chefer i gruppen *delat ledarskap* (n=59) svarade på enkäten än i gruppen *enskilt ledarskap* (n=20), den procentuella skillnaden mellan delat och enskilt ledarskap var 25 % för enskilt och 75 % för delat ledarskap. I och med att alla de tillfrågade ej valde att besvara enkäten kunde författarna inte få reda på hur många av de 233 tillfrågade som var verksamma inom delat respektive enskilt ledarskap.

#### *Akademisk bakgrund*

Flertalet respondenter är examinerade sjuksköterskor i båda grupperna (93 %), följt av annan akademisk utbildning (4 % i *delat ledarskap*) samt biomedicinska analytiker (1,2 % i *enskilt ledarskap* och 1,2 % i *delat ledarskap*). Se Tabell 1.

#### *Organisationstillhörighet*

Utvärderingen visade på att patienttemat Barn- och kvinnosjukvård hade flest respondenter (24 %), följt av patienttemat Cancer (20 %) och funktionsområdet Perioperativ Medicin och Intensivvård (20 %), funktionsområdet Akut (13 %), funktionsområdet Bild och Funktion (13 %), patientområdet Hjärta och Käril (6 %) samt patientområdet Neuro (1,2 %). Se fig.4 nedan. Respondenternas organisationstillhörighet inventerades i en utav frågorna och visade i utvärderingen att det föreligger en spridning över samtliga funktionsområden vilket innebär att enkäten besvarades av förstalinjens chefer i hela organisationen. Flest förstalinjens chefer inom patientområdet Barn- och Kvinnosjukvård (24 %) valde att svara på enkäten vilket inte kan förklaras av författarna vad orsaken är. Minst antal respondenter visade sig ha en organisationstillhörighet till patientområdet Neuro (1,2 %) och inga respondenter alls som kunde kopplas till områdena Inflammation och Infektion, Trauma och Reparativ Medicin, Åldrande samt Hälsoprofessionerna, se även tab.1 för detaljerad samman-ställning.

#### *Arbetade år som förstalinjens chef*

Antalet arbetade år som chef uppgavs av respondenterna i den sista allmänt inventerande frågan. Utvärderingen visade att största delen respondenter har arbetat mellan två och fem år som förstalinjens chefer (37 %), antalet respondenter som har arbetat upp till två år som förstalinjens chefer är något lägre (35 %) och gruppen med respondenter som arbetat längre än fem år som förstalinjens chefer är minst (19 %).

Gruppen med respondenter som arbetat mer än två år men mindre än fem år som förstalinjens chef utmärker sig gällande typ av ledarskap där antalet respondenter i gruppen *delat ledarskap* är betydligt större (32 %) än i gruppen *enskilt ledarskap* (5 %). Se Tab. 1. och 2 nedan.



## Evidensbaserat ledarskap - enkätfrågor 6-8

### *Kunskaper om evidensbaserat ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller kunskap om evidensbaserat ledarskap. (U=535,  $n^1= 20$ ,  $n^2= 59$ ,  $p=0,743$ ) Se tabell 2.

### *Tillämpning av evidensbaserat ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller i vilken omfattning som man tillämpar evidensbaserat ledarskap i det dagliga ledarskapet. (U=447,  $n^1= 20$ ,  $n^2= 59$ ,  $p=0,142$ ) Se tabell 2.

### *Uppskattat behov av att tillämpa evidensbaserat ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna när det gäller i vilken omfattning man skulle behöva tillämpa evidensbaserat ledarskap i det dagliga ledarskapet. (U=445,  $n^1= 20$ ,  $n^2= 57$ ,  $p=0,146$ ) Se tabell 2.

**Tab.2. Jämförelse av enkätens inventerande del avseende evidensbaserat ledarskap. \*Bortfall på 2 personer.**

		N	Medelrankning	Summa
<i>Hur är dina kunskaper om evidensbaserat ledarskap?</i>	Enskilt	20	38,16	725
	Delat	59	39,93	2356
	Total	79		
	Mann-Whitney U	535		
P	0,743			
<i>I vilken omfattning tillämpar du evidensbaserat ledarskap i ditt dagliga ledarskap?</i>	Enskilt	20	33,53	637
	Delat	59	41,42	2444
	Total	79		
	Mann-Whitney U	447		
P	0,142			
<i>I vilken omfattning anser du att du skulle behöva tillämpa evidensbaserat ledarskap i ditt dagliga ledarskap?</i>	Enskilt	20	33,39	634,5
	Delat	57*	40,2	2291,5
	Total	77		
	Mann-Whitney U	445		
P	0,146			

## Hållbart ledarskap - enkätfrågor 9-11

### *Kunskaper om hållbart ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad bland grupperna när det gäller kunskap om hållbart ledarskap. (U=491, n<sup>1</sup>= 20, n<sup>2</sup>= 59, p=0,367) Se tabell 3.

### *Tillämpning av hållbart ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad bland grupperna när det gäller tillämpning av hållbart ledarskap i det dagliga ledarskapet (U=521, n<sup>1</sup>= 20, n<sup>2</sup>= 59, p=0,605) Se tabell 3.

### *Uppskattat behov av att tillämpa hållbart ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad bland grupperna när det gäller vilken omfattning som man anser att man skulle behöva tillämpa hållbart ledarskap. (U=431, n<sup>1</sup>= 20, n<sup>2</sup>= 59, p=0,088) Se tabell 3.

**Tab.3. Jämförelse av enkätens inventerande del avseende hållbart ledarskap.**

		N	Medelranking	Summa
<i>Hur är dina kunskaper om hållbart ledarskap?</i>	Enskilt	20	43,16	820
	Delat	59	38,32	2261
	Total	79		
Mann-Whitney U		491		
P		0,367		
<i>I vilken omfattning tillämpar du hållbart ledarskap i ditt dagliga ledarskap?</i>	Enskilt	20	41,58	790
	Delat	59	38,83	2291
	Total	79		
Mann-Whitney U		521		
P		0,605		
<i>I vilken omfattning anser du att du skulle behöva tillämpa hållbart ledarskap i ditt dagliga ledarskap?</i>	Enskilt	20	32,68	621
	Delat	59	41,69	2460
	Total	79		
Mann-Whitney U		431		
P		0,088		

## Ledarskapsmodellens praktiska tillämpning - enkätfrågor 12-14

### *Evidensbaserat ledarskap som stimulans till det hållbara ledarskapet*

Analysen visar inte på någon signifikant skillnad mellan grupperna avseende i vilken omfattning respondenterna ansåg att evidensbaserat ledarskap stimulerar till ett hållbart ledarskap. (U=507,5, n<sup>1</sup>= 19, n<sup>2</sup>= 59, p=0,177) Se tabell 4.

### *Chefers förutsättningar att tillämpa evidensbaserat ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende ifall respondenterna ansåg att de hade rätt förutsättningar för att tillämpa evidensbaserat ledarskap med tanke på antalet medarbetare som de är ansvariga för. (U=454,5, n<sup>1</sup>= 19, n<sup>2</sup>= 59, p=0,514) Se tabell 4.

### *Chefers förutsättningar att tillämpa hållbart ledarskap*

Det fanns ingen signifikant skillnad mellan grupperna avseende ifall respondenterna ansåg att de hade rätt förutsättningar för att arbeta hållbart med avseende på antalet medarbetare som de är ansvariga för. (U=495, n<sup>1</sup>= 19, n<sup>2</sup>= 58, p=0,464) Se tabell 4.

**Tab.4. Jämförelse mellan grupperna avseende förutsättningar för att verka evidensbaserat och hållbart. \*Bortfall på 1 person.**

		N	Medelranking	Summa
<i>I vilken utsträckning anser du att evidensbaserat ledarskap stimulerar till ett hållbart ledarskap?</i>	Enskilt	19*	36,71	697,5
	Delat	59	40,4	2 383,5
	Total	78		
Mann-Whitney U		507,5		
P		0,514		
<i>Anser du att du har rätt förutsättningar för att tillämpa evidensbaserat ledarskap med tanke på Antalet medarbetare som du är direkt ansvarig för?</i>	Enskilt	19*	45,08	856,5
	Delat	59	37,7	2 224,5
	Total	78		
Mann-Whitney U		454,4		
P		0,177		
<i>Anser du att du har rätt förutsättningar att arbeta hållbart med avseende på Antalet medarbetare som du är direkt ansvarig för?</i>	Enskilt	19*	41,95	797
	Delat	58*	38,03	2206
	Total	77		
Mann-Whitney U		495		
P		0,464		

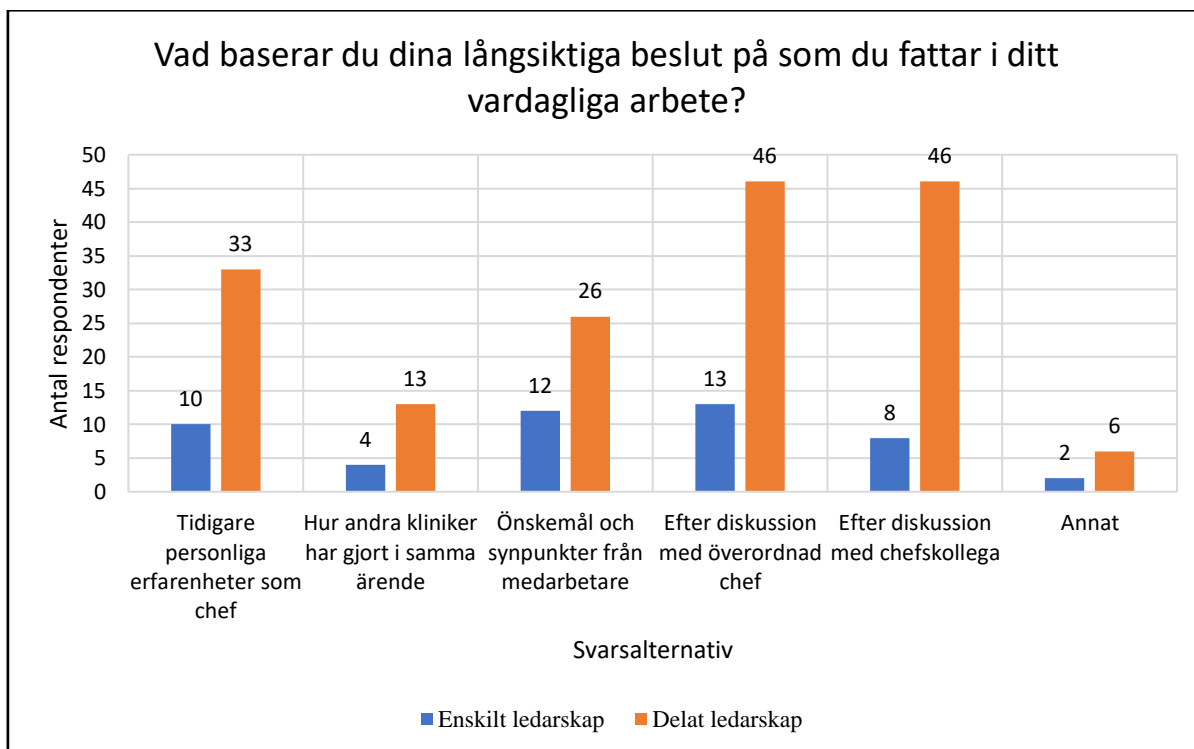
## Beslutstagandets grunder - enkätfråga 15

**Tab.4 Jämförelse mellan grupperna avseende långsiktiga beslut som baseras på tidigare beslut som chef.**

*Tidigare personliga erfarenheter som chef*

		Ja	Nej	Total
Typ av ledarskap	Enskilt	10	9	19
	Delat	33	26	59
Total		43	35	78
Pearson Chi-Square		$\chi^2$ ,063	df 1	P 0,801

Som demonstrerat i fig.5 uppger 33 respondenter (=55%) av de som är verksamma inom delat ledarskap att de baserar sina långsiktiga beslut på svarsalternativet "Tidigare personliga erfarenheter" medan 10 respondenter (=50 %) som är verksamma inom enskilt som uppger att de baserar sina långsiktiga beslut på tidigare erfarenheter som chef. Det föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2 = 0,063$   $df= 1$ ,  $p=0,801$ ) Tab.4.



**Fig.5. Sammanställning över respondentsvaren avseende beslutsfattandet.**

**Tab.5 Jämförelse mellan grupperna avseende långsiktiga beslut som baseras på hur andra kliniker har gjort.**

<i>Hur andra kliniker har gjort i samma ärende</i>				
		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Totalt</i>
Typ av ledarskap	Enskilt	4	13	17
	Delat	13	46	59
Total		17	59	76
	$\chi^2$	df	P	
Pearson Chi-Square	,149	1	0,699	

En snarlik fördelning mellan enskilt och delat ledarskap uppnår svarsalternativet "*Hur andra kliniker har gjort*" där svarsfrekvensen för delat ledarskap är 13 respondenter (=22 %) och för enskilt ledarskap är den 4 respondenter (=20 %). Det föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2 = 0,149$   $df= 1$ ,  $p=0,699$ ) Tab.5.

**Tab.6 Jämförelse mellan grupperna avseende långsiktiga beslut som baseras på önskemål och synpunkter från medarbetare.**

<i>Önskemål och synpunkter från medarbetare</i>				
		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Totalt</i>
Typ av ledarskap	Enskilt	12	7	19
	Delat	26	33	59
Totalt		38	40	78
	$\chi^2$	df	P	
Pearson Chi-Square	,277	1	0,598	

Av de 59 respondenter som är verksamma inom delat ledarskap uppger 26 stycken (44%) att de tar hänsyn till "*Önskemål och synpunkter från medarbetare*" och i gruppen enskilt ledarskap är det 12 respondenter (=60 %) som uppger sig agera likadant. Det föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2 = 0,277$   $df= 1$ ,  $p=0,598$ ) Tab.6.

**Tab.7 Jämförelse mellan grupperna avseende långsiktiga beslut som baseras på diskussion med överordnad chef.**

<i>Efter diskussion med överordnad chef</i>		Ja	Nej	Totalt
Typ av ledarskap	Enskilt	13	6	19
	Delat	46	13	59
Totalt		59	16	75
		$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square		,344	1	0,558

Av de 59 respondenter som är verksamma inom delat ledarskap uppger 46 stycken (77 %) att de ”Diskuterar med sina överordnade chefer” innan beslutsfattandet, medan det är 13 respondenter (=68 %) som är verksamma inom enskilt ledarskap som tar hjälp av överordnade chefer. Det föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2 = 0,344$   $df= 1$ ,  $p=0,558$ ) Tab.7.

**Tab.8 Jämförelse mellan grupperna avseende långsiktiga beslut som baseras på diskussion med sidoordnade chefskollegor.**

<i>Diskussion med sidoordnade chefskollegor</i>		Ja	Nej	Totalt
Typ av ledarskap	Enskilt	8	11	19
	Delat	46	13	59
Total		54	14	78
		$\chi^2$	df	P
Pearson Chi-Square		2,943	1	0,086

Av 59 respondenter som är verksamma inom delat ledarskap uppger 56 att de använder sig av möjligheten att ”Diskutera med en chefskollega” i olika sakfrågor och 8 respondenter (=42 %) som är verksamma inom enskilt ledarskap har svarat ja på den frågan. Det föreligger ingen signifikant skillnad mellan grupperna ( $\chi^2 = 2,943$   $df= 1$ ,  $p=0,086$ ) Tab. 8.

### *Bortfall*

Författarna kan konstatera att samtliga respondenter skickade in komplett ifyllda enkäter förutom två deltagare som valde att avstå från att svara på frågan om huruvida de i sitt dagliga arbete anser att de skulle behöva använda modellen om evidensbaserat ledarskap.

# DISKUSSION

## Metoddiskussion

### Enkäten

Författarna valde att använda sig av en webbaserad enkät på grund av två huvudsakliga orsaker. Den ena anledningen var att författarna hade för avsikt att samla in så många enkätsvar som det var möjligt med tanke på den begränsade tidsperioden för studiens genomförande. Författarnas utgångspunkt var att det skulle gå fortare att samla in enkätsvaren genom att använda sig av en internetbaserad metod. Den andra orsaken till att författarnas val föll på en webbaserad enkät istället för en pappersenkät var att dessa enkäter är kostnadsneutrala och enkla att distribuera. Vidare gör en webbaserad enkät det möjligt att respondenternas svar kan registreras och utvärderas elektroniskt vilket underlättar hanteringen och även stöds av Trost och Hultåker (2016, s.135).

En nackdel med att använda sig av en webbaserad enkät är att det är lättare att glömma bort ett mail bland alla andra mail jämfört med ett brev som ligger på ens skrivbord. En annan orsak till att svarsfrekvensen riskerar att bli låg kan vara på grund av att respondenternas mail är inställd på att filtrera bort eventuella spammail, vilket anses av Trost och Hultåker (2016, s.143) som en möjlig källa till låg svarsfrekvens.

Totalt antal respondenter som valde att svara på enkäten var 79 utav 233 tillfrågade, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 34 %. Det är inte helt klart för författarna vad som kunde vara orsaken till detta men förmodar att det kunde finnas ett samband mellan organisationen på det valda universitetssjukhuset och den föreliggande studien då vissa verksamheter precis gått över till den nya organisationen. Möjligtvis kan detta ha bidragit till att vissa förstalinjens chefer fortfarande försöker hitta sina roller i organisationen och inte haft tid och/eller möjlighet till att svara på den utskickade enkäten. Bland de 79 chefer som svarade på enkäten var 20 respondenter verksamma inom enskilt ledarskap och 59 inom delat ledarskap, vilket gav en procentuell fördelning mellan enskilt och delat på 25 % för enskilt och 75 % för delat. Fördelningen som författarna fick fram i den föreliggande studien, där det var fler som var verksamma inom delat ledarskap och enskilt ledarskap avviker från studien av Döös och Wilhelmson (2003) som beskriver att cirka 40 % av alla chefer runt om i Sverige är verksamma i någon form av delat ledarskap. Denna signifikant stora procentuella skillnad mellan de två jämförda grupperna har bidragit till att författarna har fått en relativt låg *power* på den föreliggande studien.

*Power* på en studie innebär att sannolikheten för att få ett signifikant resultat givet att nollhypotesen faktiskt är falsk. Med detta menas enligt Borg och Westerlund (2016, s.449) att forskaren eventuellt skulle få falska värden på sitt resultat.

De olika svarsalternativen som förekommer i denna studies webbenkät utgår ifrån modellen om evidensbaserat ledarskap och tjänar syftet att inventera kunskapsnivån bland respondenterna. Författarna valde att ha fyra svarsalternativ där respondenterna tvingades

till att ta ställning i respektive fråga och det fanns inga alternativ som ”vet ej” eller ”kan ej ta ställning/har ingen erfarenhet”. Detta är enligt Trost och Hultåker (2016, s.75) ett sätt att minimera bortfallet och öka andelen fullständigt ifyllda enkäter. Svartalternativen varierar mellan de olika frågorna.

Längden av enkätfrågorna är genomgående kort och syftar till att undvika att ”trötta ut” respondenterna med alltför långa frågeställningar utan att det i sin tur skulle kunna tillföra något till frågans kärna. Även här anser Trost och Hultåker (2016, s.85) att korta och koncisa frågeställningar är att föredra och ökar sannolikheten att respondenterna svarar samt ökar tillförlitligheten i enkätsvaren.

Enkätfrågornas inbördes ordning och samhörighet i den föreliggande studien anser författarna har lett till att respondenterna har haft lättare att följa studiens uppbyggnad och inventering. Trost och Hultåker (2016, s.92) anser att en sådan logisk uppbyggnad av enkäten bidrar till en respondentvänlig enkät. Enkätens inledande frågor föregås av en informationsdel där respondenterna informeras kortfattat om studiens syfte och enkäten inleds med allmänt inventerande bakgrundsfrågor. Trost och Hultåker (2016, s.93) anser att ett sådant inledande bidrar till ökat intresse bland respondenterna och således ökad svarsfrekvens.

## **Resultatdiskussion**

### **Evidensbaserat ledarskap**

Det föreligger ingen större skillnad mellan chefsgruppen som har kunskaper om modellen evidensbaserat ledarskap jämfört med chefsgruppen som inte är insatta i modellen. En analys av resultaten visar att det inte fanns någon signifikant skillnad mellan de två olika grupperna *enskilt och delat ledarskap* avseende kunskapen om evidensbaserat ledarskap.

Jämförelse av kunskaperna om evidensbaserat ledarskap visade att förstalinjens chefer i den valda organisationen har till något övervägande del ganska goda (46 % av de tillfrågade) kunskaper, samtidigt som 44 % av respondenter uppger att de har ganska dåliga kunskaper i ämnet. Enbart fem respondenter uppfattar sig ha mycket goda kunskaper och endast tre uppger sig ha mycket dåliga kunskaper om evidensbaserat ledarskap. Att så många som 48 % av respondenterna uppger sig ha bristande kunskaper om evidensbaserat ledarskap går hand i hand med Walsh och Rundells (2001) beskrivning om att chefer stimulerar till en användning av evidensbaserad vård men använder sig själva inte av den senaste forskningen inom området ledarskap vilket kan betyda att många chefer helt enkelt saknar information om denna modell. Här anser författarna till den föreliggande studien att även de formella kraven på dagens chefer spelar en avgörande roll med tanke på att utbildning inom evidensbaserat ledarskap inte krävs för att få ett förordnande som förstalinjens chef.



Sohrabi och Zarghi (2015) går ett steg längre och menar att chefer inte har rätt förutsättningar för att kunna tillämpa evidensbaserat ledarskap. De anser även att en låg kunskapsnivå om denna modell bidrar till att chefer inte kan använda den för att t.ex. lära sig och förstå varför vissa beslut haft negativa konsekvenser. Resultaten av denna enkätfråga styrker vidare Sohrabi och Zarghis (2015) antaganden om att dagens chefer saknar en gemensam akademisk kunskapsbas som skulle kunna vara utgångspunkten för ett gemensamt språk bland förstalinjens chefer.

Den jämna spridningen bland respondenterna när det gäller inventeringen av den aktuella graden av tillämpning av modellen ger författarna en fingervisning att denna modell möjligtvis är för avancerad att tillämpas av förstalinjens chefer med hänsyn till antalet underställda medarbetare och tidsbristen i det dagliga arbetet, vilket författarna själva känner igen från de egna verksamheterna och uppdragen. Samtidigt anser Wright et al. (2016) att modellen lämpar sig för såväl operativa som strategiska verksamheter, vilket betyder att den litteraturen och den senaste forskningen har visat att även förstalinjens chefer skulle tjäna på att använda sig av modellen för evidensbaserat ledarskap. Även Kovner (2014) instämmer i denna bedömning och menar att många organisationer har problem just på grund utav att de inte tillämpar evidensen vid beslutsfattandet.

En annan orsak kan också vara storleken på de aktuella verksamheterna inom den undersökta organisationen, dvs. att verksamheterna är för komplexa för att kunna bryta ner olika problem till en svarbar frågeställning, vilket är kärnan i modellen om evidensbaserat ledarskap. Samtidigt anser 47 % av deltagarna att de använder modellen i sitt dagliga arbete vilket ändå kan tyda på att det är möjligt att tillämpa modellen som förstalinjens chef trots rådande omständigheter avseende verksamhetsstorlek och antalet medarbetare. Här kan möjligtvis sidoordnade chefskollegor vara till stor hjälp när det gäller avlastning för de deltagande förstalinjernas chefer eftersom det delade ledarskapets stora fördel är att kunna dela på beslutsfattandet och vägen till beslutet.

Det uppskattade behovet bland respondenterna att tillämpa modellen evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet var lika stort i gruppen med chefer inom *enskilt ledarskap* jämfört med gruppen med chefer inom *delat ledarskap* ( $p=0,323$ ), det föreligger ingen signifikant skillnad vilket kan tyda på att förstalinjens chefer, oavsett inom *enskilt* eller *delat ledarskap*, har en uppfattning om att modellen evidensbaserat ledarskap kan bidra till ett bättre beslutsfattande genom att tillämpa ett strukturerat arbetssätt.

Jämförelse avseende behovet av att tillämpa modellen evidensbaserat ledarskap visar att så många som 67 % respondenter vill använda modellen i högre grad än vad de gör i dagsläget och 26 % respondenter uppger att de i mycket högre grad bedömer att de vill tillämpa evidensbaserat ledarskap. Enbart tre respondenter uppger sig vilja tillämpa modellen i mindre grad och 0 % respondenter vill använda modellen i mycket mindre grad än i dagsläget. Merparten av respondenterna ( $n=67$  %) uppger att de vill öka användandet av modellen i praktiken och cirka en tredjedel ( $n=27$  %) av respondenterna kan till och med tänka sig att öka användningen i mycket högre grad vilket författarna anser kan vara förknippat med flera olika anledningar och/eller intentioner.

Dessa resultat beträffande behovet av att tillämpa evidensbaserat ledarskap i högre utsträckning bland cheferna är i linje med tidigare studier. Barends et al. (2017, s. 7) visar

i sin studie att 69 % av de tillfrågade cheferna ansåg att evidensbaserat ledarskap borde uppmärksams mer än vad det gör.

En möjlig intention skulle kunna vara att förstalinjens chefer anser att just den evidensbaserade modellen skulle stärka rollen som chef men också bidra till att implementera aktuell forskning inom området ledarskap vilket i sin tur går hand i hand med det utbildningsuppdrag som ett universitetssjukhus har och samtidigt ger cheferna en möjlighet att på ett så objektivt sätt som möjligt fatta beslut som är långsiktiga och hållbara baserade på fakta och forskning. Att det lönar sig att titta närmare på vad evidensen har att säga om enskilda frågeställningar anser även Kovner (2014) och anför också att evidensen inte alltid finns tillgänglig. Med tanke på den växande specialiseringen inom hälso- och sjukvården där allt fler organisationer genomför högspecialiserad vård kan det vara problematiskt att hitta just den evidens som passar in på frågeställningen. Kovner (2014) hänvisar då till att det kan finnas andra källor tillgängliga som även har beskrivits av Barends et al. (2014, s.5). Vidare är Kovner (2014) tydlig med att evidensen inte kan vara svaret på samtliga frågor och/eller problem som kan uppstå utan ska ses som ett hjälpmedel i det dagliga arbetet.

Anledningen till att tre respondenter anser sig vilja tillämpa modellen i mindre grad skulle kunna vara att dessa chefer inte hittar den evidens de letar efter eller att deras verksamheter är så pass högspecialiserade att den tillgängliga evidensen inte är tillräcklig.

Resultaten visar att både gruppen respondenter med god kunskap om evidensbaserat ledarskap och gruppen respondenter med låg kunskap har en vilja att tillämpa modellen i större utsträckning än vad det görs i dagsläget. Detta leder till frågan om varför det inte är fler förstalinjens chefer som tillämpar modellen i det vardagliga arbetet bland de som känner till innebörden av evidensbaserat ledarskap.

En förklaring skulle kunna vara Wright et al. (2016) beskrivning om de fyra huvudsakliga nackdelarna som evidensbaserat ledarskap kan medföra, nämligen att modellen till stor del tar hänsyn till aktuell forskning vilket kan vara ineffektivt och tidskrävande vid beslutfattandet. Andra aspekter som kan inverka på att förstalinjens chefer har svårt att arbeta evidensbaserat är att en rad beslut behöver tas under tidspress vilket i sin tur inte direkt främjar en fördjupad analys av evidensen, dels att vissa beslut möjligtvis är så pass specifika och unika för just den enskilda verksamheten att de saknar stöd i den aktuella forskningen. Barends et al. (2017, s. 10) anser däremot i sin senaste studie att bristen på tiden är det enskilt största hindret för att implementera evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet men implementerandet av denna ledarskapsmodell i en organisation kan även påverkas av överordnade chefers attityder och fördomar gentemot modellen såsom organisationens mognadsgrad att införa denna modell.

Tittar man på denna studies respondenter svar avseende tillräckliga förutsättningar för att tillämpa evidensbaserat ledarskap i det vardagliga arbetet med tanke på antalet medarbetare så ansåg över 60 % av respondenterna att de saknade förutsättningar och detta kan vara ett ytterligare problem. Antalet underställda medarbetare har en direkt koppling till chefers förutsättningar att tillämpa en viss ledarskapsstil oavsett om dessa är verkamma inom delat eller enskilt ledarskap. Det finns ingen aktuell forskning som undersökt sambandet mellan antal underställda medarbetare och i vilken utsträckning

förstalinjens chefer har möjlighet att tillämpa modellen evidensbaserat ledarskap. Denna studies författare anser dock att det finns ett samband då ett stort antal direkt underställda medarbetare vanligtvis innebär ett större arbetspensum för förstalinjens chefer vilket i förlängningen antas påverka tidsmässiga förutsättningar till att tillämpa evidensbaserat ledarskap. Men med tanke på att författarna själva är verksamma i den undersökta organisationen ska det ändå påpekas att denna lokalkänedom kan ha påverkat formuleringen av frågeställningarna i enkäterna samt den slutliga tolkningen av resultaten.

## Hållbart ledarskap

Kunskapsnivån avseende hållbart ledarskap skiljer sig inte signifikant åt bland grupperna *enskilt* och *delat ledarskap*, däremot överväger en hög kunskapsnivå i båda grupperna. Jämförelsen avseende respondenternas kunskaper om hållbart ledarskap visade att större delen av respondenterna var insatta i modellen eftersom 52 % av respondenter svarade att de hade ganska goda kunskaper och en respondent uppgav sig ha mycket goda kunskaper inom hållbart ledarskap. Antalet respondenter med låg grad av kunskap inom hållbart ledarskap är totalt 47 % varav antalet respondenter med ganska dåliga kunskaper om hållbart ledarskap var 37 %, och 10 % av respondenter har mycket dåliga kunskaper.

Även här kan diskuteras vad som kan vara orsaken till att förstalinjens chefer inte har kunskaper om hållbart ledarskap. Författarna misstänker att en bidragande orsak är den nya organisationen på det valda Universitetssjukhuset. Precis som för evidensbaserat ledarskap kan även för hållbart ledarskap det gemensamma språket bland förstalinjens chefer diskuteras och anföras som en möjlig källa. Förstalinjens chefers olika akademiska och praktiska bakgrund är enligt Walsh och Rundall (2001) samt Sohrabi och Zarghis (2015) övertygelser en stor bidragande orsak till att olika begrepp och modeller så som hållbart ledarskap inte är kända i så stor utsträckning. Författarna till denna studie anser att både kunskapsnivån, egna intressen som förstalinjens chef att lära sig teoretiska modeller om ledarskap och organisationens förutsättningar och krav spelar en stor roll. De menar att det kan vara svårt för nya chefer att lära sig modeller eller redskap, eftersom inte direkt uttalas av organisationen själv att de ska användas. Barends et al. (2017, s.11) anför att både en låg svarsfrekvens till enkätstudien samt en relativt låg kunskapsnivå om evidensbaserat samt hållbart ledarskap kan stå bakom en negativ inställning gentemot vetenskaplig evidens och/eller vara ett tecken på skepticismen gentemot dessa ledarskapsmodeller.

Utvärderingen av enkätsvaren visar att större delen av respondenterna inte tillämpar modellen av hållbart ledarskap i det dagliga arbetet. Sex (n=7,5 %) respondenter tillämpar modellen inte alls och 53 % av respondenter i ganska låg grad. Antalet respondenter som använder sig av hållbart ledarskap på daglig basis visar sig vara 39 % och ingen (n=0) respondent har svarat att modellen är en del av det dagliga chefsarbetet.

Båda grupperna *enskilt* och *delat ledarskap* anser i samma grad att de skulle vilja tillämpa hållbart ledarskap i sitt dagliga arbete som chefer i större utsträckning än vad de redan

gör men så många som 61% utav deltagarna gör inte det i dagsläget. Mer än hälften av respondenterna har möjligtvis inte rätt förutsättningar för att kunna tillämpa modellen och enligt författarnas uppfattning är merparten av dessa 61% chefer som inte känner till begreppet. Att ha kunskap om en modell är enligt författarna en avgörande faktor för att kunna tillämpa den.

Det finns ingen signifikant skillnad ( $p=0,198$ ) mellan grupperna *enskilt* och *delat ledarskap* vilket tyder på att det finns en samstämmighet avseende det uppskattade behovet. En mycket tydlig trend visade sig vid sammanställningen av den sista inventerande frågan om huruvida chefer uppskattar behovet av att tillämpa modellen av hållbart ledarskap där den övervägande delen av totalt 73 ( $n=92\%$ ) respondenter vill öka användandet av denna modell. Av dessa 73 respondenter har 42 % av respondenterna svarat att de vill öka användandet lite mer och 52 % vill öka mer.

Endast fyra ( $n=5\%$ ) deltagare vill använda modellen hållbart ledarskap lite mindre än de gör i dagsläget och 0 (noll) deltagare svarade mindre. Orsaken till att fyra valde att svara att de vill använda sig i minder utsträckning än vad de gör i dagsläget är oklart för författarna.

Utifrån de svarsalternativ som författarna har fått in genom enkätundersökningen kan konstateras att merparten av de tillfrågade har goda kunskaper om hållbart ledarskap men samtidigt så är det väldigt få som tillämpar hållbart ledarskap inom det dagliga arbetet, och de flesta anser att man bör tillämpa det i större utsträckning än vad som görs i dagsläget. Det positiva med dessa resultat är självklart att de flesta utav de tillfrågade cheferna har goda kunskaper när det gäller hållbart ledarskap och en vilja att tillämpa det ännu mer än vad man gör i dag. Det negativa är att de flesta inte tillämpar det idag i någon större utsträckning. Då kan man undra vilka vinster som finns ifall fler av de tillfrågade respondenterna skulle använda sig utav hållbart ledarskap än vad de gör nu? En viktig aspekt är att man skulle uppnå en betydligt bättre arbetsmiljö än vad de flesta har nu genom att få ner stressnivåerna på jobbet. För mycket av stress inverkar negativt på medarbetarnas välbefinnande (Dellve, Eriksson, 2012), och detta i sin tur kan leda till att medarbetarna förlorar engagemang och motivation för arbetet som i sin tur kan leda till att de väljer att byta jobb. I och med att de flesta av sjukhusen redan nu har sjuksköterskebrist är det viktigt att man som ledare skapar en så bra arbetsmiljö som möjligt för att behålla personal och genom det skapa ett välfungerande och hållbart arbetssätt.

För att uppnå en balanserad arbetsmiljö är det viktigt att de beslut som fattas är baserade på den bästa tillgängliga kunskapen, att det tas hänsyn till medarbetarnas behov och/eller önskemål samt att beslutstagare överväger vilken lösning som kommer att fungera bäst utifrån de lokala förhållanden som råder. Detta är förutsättningar för att implementera evidensbaserat ledarskap som fungerar som en katalysator för att uppnå en hållbarhet inom verksamheten. Att uppnå detta är inte lätt, Brownson et al. (2018, s.31) beskriver olika faktorer som påverkar implementering och användning av evidensbaserat ledarskap som i sin tur påverkar huruvida ledare kan använda sig av denna modell. Faktorer så som instabila ledningsgrupper, otydliga verksamhets- och ledarskapsmål, avsaknad av ett långsiktigt och strategiskt ledarskapsarbete, brist på tid för (samt information om) evidensbaserat ledarskap.

Med tanke på att även ledare kan byta jobb så är det viktigt att besluten kan förankras hos olika individer, och det är här som delat ledarskap kan ha en fördel jämfört med enskilt ledarskap. Författarna anser att ledare inom enskilt ledarskap är ensamma vilket kan försvåra processen att föra över exempelvis historiken till olika fattade beslut med långsiktigt perspektiv i de fall där chefen väljer att sluta. Chefer inom delat ledarskap har däremot möjlighet att förankra denna information hos de andra delande cheferna och den nya chefen som tillkommer till gruppen har bättre förutsättningar att ta vid än de som är verksamma inom enskilt ledarskap.

## **Beslutsgrunder**

Den sista enkätfrågan var en flervalfråga där respondenterna skulle besvara vad de in sin funktion som förstalinjens chefer baserar sina långsiktiga beslut på. Det första svarsalternativet, vilket var formulerat som ett påstående, var att förstalinjens chefer baserar det på tidigare erfarenheter som chef var på svarsfrekvensen var 50 % av cheferna inom enskilt ledarskap och 50 % av cheferna inom delat ledarskap.

Enligt analysen av enkätsvaren har över 60 % av respondenterna varit verksamma som chefer i mindre än fem år och samtidigt tillämpar endast 50 % av respondenterna evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet. Detta kan enligt denna studies författare leda till att respondenternas långsiktiga beslut kan bli fel i de fall där besluten inte är förankrade tillsammans med en annan part. Däremot är författarna övertygande om att svarsalternativet ”diskussion med närmaste kollega” kan vara en lösning för att överbrygga kunskapsgapet. Inom enskilt ledarskap är det 40 % som diskuterar med närmaste kollega medan siffran för delat ledarskap är 77 %. De här siffrorna kan relateras till det delade ledarskapets styrka som även Döös et al. (2013, s.9) skriver om, nämligen att delande chefer i större utsträckning kan diskutera ett beslut med en sidoordnad chefskollega. Enligt Wright et al. (2016) och Barends et al. (2014) modell för evidensbaserat ledarskap är en av evidenskällorna att diskutera med en senior kollega. Att vara chef och arbeta i ett delat ledarskap med en senior kollega innebär med andra ord goda förutsättningar för att verka evidensbaserat.

Ett annat av svarsalternativen var att ta hänsyn till medarbetarnas önskemål och synpunkter när det gäller långsiktiga beslut, och även denna aspekt kan vara viktig för att man ska uppnå en hållbar organisation, menar Brownson et al. (2018, s.308). Dessa resultat överensstämmer med sammanställningen i Vårdanalys (2016) där man bad olika chefer att rangordna vilka faktorer som är de viktigaste i ett förbättringsarbete, och den punkten som hamnade högst upp var medarbetarnas goda idéer.

## **Vidare forskning**

Författarna till denna studie skulle vilja göra en enkätstudie där första linjens chefer inom omvårdnad från hela Sverige deltar. Denna prospektiva studie med kvantitativt explorativ

ansats skulle pågå under en längre tidsperiod för att möjliggöra olika mätningar (baslinjemätning och uppföljande mätningar) som avser följsamheten till evidensbaserat ledarskap samt dess utfall.

Författarnas intresse kretsar runt de positiva effekterna som evidensbaserat ledarskap förväntas föra med sig och studien skulle kunna vara användbar för att undersöka vilket stöd förstalinjens chefer behöver för att införa, tillämpa och utveckla evidensbaserat ledarskap i det dagliga arbetet. I studien skulle också medarbetarnas upplevelser kunna undersökas avseende förbättrad arbetsmiljö, trivsel och nöjdhet på arbetsplatsen eller till och med inbegripa patienter och deras upplevelser.

## **SLUTSATSER**

Denna studie visar att det inte föreligger någon signifikant skillnad beträffande arbete enligt evidensbaserad och/eller hållbar ledarskapsmodell vid jämförelse mellan grupper som tillämpar enskilt eller delat ledarskap. Utifrån de frågeställningar som författarna hade, kunde med hjälp av denna studie konstateras att förutsättningarna för att arbeta evidensbaserat och hållbart inte var beroende av vilken typ av ledarskap chefer var verksamma inom, dvs. delat respektive enskilt ledarskap.

## REFERENSER

Arbetslivsinstitutet. (2006). En studie av parledarskap – sammanfattning om faser, arbetsrätt och uppfattningar från 14 delande chefer, deras medarbetare och överordnade I Stockholms stad.

Barends, E., Rousseau, D. & Briner, R. (2014). *Evidence-based management. The basic principles*. Amsterdam: Center for Evidence-Based Management.

Barends, E., Villanueva J., Rousseaus DM, Briner RB., Jepsen DM., Houghton E (2017). *Managerial attitudes and perceived barriers regarding evidence-based practice: An international survey*. PLoS ONE. Universitat Zurich, Switzerland.

Batalden, P. & Foster, T. (2012). *Sustainably improving health care. Creatively linking care outcomes, system performance and professional development*. London: Radcliffe Publishing Ltd.

Borg, E., Westerlund, J. (2006). *Statistik för beteendevetare*. Stockholm: Liber AB.

Briner, R., Denyer, D. & Rousseau D. (2009). Evidence-based management: concept cleanup time? *Academy of Management Perspectives*, 23(4), ss.19-32.  
Doi: doi.org/10.5465/amp.23.4.19

Brownson, R., Baker, E., Deshpande, A. & Gillespie, K. (2018). *Evidence-based public health*. New York: Oxford University Press.

Busch, T. (2012). *Värdebaserad ledning i offentliga professioner*. Lund: Studentlitteratur AB.

Datainspektionen (2013). Personuppgifter i forskningen. Vilka regler gäller? Elektronisk referens tillgänglig på:  
<https://www.datainspektionen.se/Documents/faktabroschyr-pul-forskning.pdf> [2018-05-20].

Duthie, K., Bond, K. & Juzwishin, D. (2014). Improving leadership through values-based decisions. *Healthcare Management Forum*, (27), ss.168-170.  
doi:10.1016/j.hcmf.2014.08.009

Döös, M., & Wilhelmson, L. (2003). Delat ledarskap - en trend i vardande? I C. von Otter (red), Ute och inne i svenskt arbetsliv - forskare analyserar och spekulerar om trender i framtidens arbete. *Arbetsliv i omvandling 2003:8* Stockholm: Arbetslivsinstitutet. ss. 323-344.

Döös, M., Wilhelmson, L. & Backström, T. (2013). *Delat ledarskap. Om chefer i samarbete*. Stockholm: Liber AB.

Guo, R., Farnsworth, T. & Hermanson, P. (2016). Assessment of evidence-based management training program: application of a logic model. *International Journal of Management*, 7(1), ss.57-74. doi:PMC5104344

Kovner, A. (2014). Evidence-based management. Implications for nonprofit organizations. *Nonprofit Management & Leadership*, 24(3), ss.417-424. doi:10.1002/nml.21097

L. Dellve, A. Eriksson. (2016). *Hållbart ledarskap –I vardag och förändring*. Borås: Högskolan i Borås.  
<http://hb.diva-portal.org/smash/get/diva2:953495/FULLTEXT01.pdf>

Levin, K.A. (2006). Study design III: Cross sectional studies. *Evidence- Based Dentistry*, 7(1), ss.24-25. doi:10.1038/sj.ebd.6400375

Nayback-Beebe, A., Forsythe, T., Funari, T., Mayfield, M., Thoms, W., Smith, K., Bradstreet, H. & Scott, P. (2013). Using evidence-based leadership initiatives to create a healthy nursing work environment. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 32(4), ss.166-173. Doi:10.1097/DCC.0b013e3182998121

Pfiedler. (2013). *Leadership & communication in the perioperative setting: the impact on patient safety*. Aurora: Pfiedler Enterprises.

Scully, N. (2014). Leadership in nursing: the importance of recognizing inherent values and attributes to secure a positive future for the profession. *Collegian*, 22(4), ss.439-444. Doi:doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.004

Socialstyrelsen. (2003). Hur många direkt underställda kan en chef ha? - Om kontrollspann i vård och omsorg. Artikelnr: 2003-131-23.  
[https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10803/2003-131-23\\_200313123.pdf](https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10803/2003-131-23_200313123.pdf)

Sohrabi, Z. & Zarghi, N. (2015). Evidence-based management: an overview. *Creative Education*, 6, ss.1776-1781. Doi: dx.doi.org/10.4236/ce.2015.616180

Trost, J. & Hultåker, O. (2016). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur AB.

Vetenskapsrådet. (2015). Etiska prövningar vid forskning på människor. Elektronisk referens tillgänglig:  
<https://vr.se/etik/etikprovning/forskningpamanniskor.4.2d2dde24108bef1d4a8800077.html>

Vårdanalys, (2016). *Chefers syn på förbättringsarbetet i hälso- och sjukvården*. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. TMG Sthlm, Stockholm.  
<https://www.varदानalys.se/wp-content/uploads/2017/12/Chefers-syn-på-förbättringsarbete-i-hälso-och-sjukvården.pdf>



Walsh, K. & Rundall, T. (2001). Evidence-based management: from theory to practice in health care. *The Milbank Quarterly*, 79(3), ss.429-457.  
Doi: [doi.org/10.1111/1468-0009.00214](https://doi.org/10.1111/1468-0009.00214)

Wright, A., Zammuto, R, Liesch, P., Middleton, S., Hibbert, P., Burke, J. & Brazil, V. (2016). Evidence-based management in practice: opening up the decision process, decision-maker and context. *British Journal of Management*, 27(1), ss.161-178.  
Doi: [doi.org/10.1111/1467-8551.12123](https://doi.org/10.1111/1467-8551.12123)

# BILAGA 1

Hej,

Du tillfrågas om att delta i en enkätundersökning vars syfte är att kartlägga om chefer som är verksamma inom delat ledarskap har bättre förutsättningar att arbeta evidensbaserat och hållbart än chefer som är verksamma inom enskilt ledarskap. Denna enkät är en del av ett magisterarbete i hållbar organisering och hälsofrämjande ledarskap inom vård och omsorg vid Borås Högskola.

Enkäten tar cirka 5 minuter att besvaras och man kan med fördel besvara den i telefonen. Deltagandet i enkäten är helt frivilligt. Alla svar kommer att behandlas konfidentiellt genom hela bearbetningsprocessen.

Vi vore väldigt tacksamma ifall ni tog er tid och besvarade denna enkät.

Tack på förhand,

Christian Bartholomäus  
Omvårdnadschef  
Funktionsområde PrePostOp

Atif Sepic  
Omvårdnadschef  
Funktionsområde Neurofysiologi

Vilket år tillträdde du som chef?

Vilken akademisk bakgrund har du?

- Sjuksköterska
- Läkare
- Biomedicinsk analytiker
- Annat

Inom vilken funktion eller tema är du verksam i?

- Barn och Kvinnosjukvård
- Cancer
- Hjärta och Kärll
- Neuro
- Inflammation och Infektion
- Trauma och Reparativ Medicin
- Åldrande
- Akut
- Bild och Funktion
- Hälsoprofessionerna

- Karolinska Universitetslaboratoriet
- Perioperativ Medicin och Intensivvård

Är du verksam inom delat eller enskilt ledarskap?

- Enskilt
- Delat

Hur många medarbetare är du direkt ansvarig för?

- 1-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- Över 21

Hur är dina kunskaper om evidensbaserat ledarskap?

- Mycket dåliga
- Ganska dåliga
- Ganska goda
- Mycket goda

I vilken utsträckning tillämpar du evidensbaserat ledarskap i ditt dagliga ledarskap ?

- Inte alls
- I ganska låg grad
- I ganska hög grad
- I mycket hög grad

Skulle du vilja tillämpa evidensbaserat ledarskap i ditt dagliga ledarskap i större utsträckning än vad du gör nu?

- Mindre
- Lite mindre
- Mer
- Mycket mer

Hur är dina kunskaper om hållbart ledarskap?

- Mycket dåliga
- Ganska dåliga
- Ganska goda
- Mycket goda

I vilken utsträckning tillämpar du hållbart ledarskap i ditt dagliga ledarskap?

- Inte alls

- I ganska låg grad
- I ganska hög grad
- I mycket hög grad

Skulle du vilja tillämpa hållbart ledarskap i ditt dagliga ledarskap i större utsträckning än vad du gör nu?

- Mindre
- Lite mindre
- Lite mer
- Mer

I vilken uträkning anser du att evidensbaserat ledarskap stimulerar till ett hållbart ledarskap?

- Inte alls
- I ganska låg grad
- I ganska hög grad
- I mycket hög grad
- Vet ej

Anser du att du har rätt förutsättningar för att tillämpa evidensbaserat ledarskap med tanke på antalet medarbetare som du är direkt ansvarig för?

- Inte alls
- I ganska låg grad
- I ganska hög grad
- I mycket hög grad

Anser du att du har rätt förutsättningar att arbeta hållbart med avseende på antalet medarbetare som du är direkt ansvarig för?

- Inte alls
- I ganska låg grad
- I ganska hög grad
- I mycket hög grad

Vad baserar du dina långsiktiga beslut på som du fattar i ditt vardagliga arbete? Flera svarsalternativ möjliga.

- Tidigare personliga erfarenheter som chef
- Hur andra kliniker har gjort i samma ärende
- Önskemål och synpunkter från medarbetare
- Efter diskussion med överordnad chef
- Efter diskussion med chefskollegor
- Annat